

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N^o 257

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Daniel VIGNON

*Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.
Ancien Interne de l'Hôpital Saint-Michel.*

Né le 29 juillet 1914, à La Ferté-sous-Jouarre (S.-et-M.).

Sur quelques cas
d'Appendicite tumorale

Président : M. CUNÉO, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1939

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Daniel VIGNON

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

Ancien Interne de l'Hôpital Saint-Michel.

Né le 29 juillet 1914, à La Ferté-sous-Jouarre (S.-et-M.).

Sur quelques cas
d'Appendicite tumorale

Président : M. CUNÉO, Professeur.

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert LEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLIARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
BARIETY Pathologie médicale.	COSTE Pathologie médicale.
BENARD (Henri) Pathologie médicale.	DOGNON Physique.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	FEY Urologie.
BEZANÇON	FUNCK Pathologie chirurgicale.
(Justin) Hydrologie.	GALLIARD Parasitologie.
BOULIN Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BULLIARD ... Histologie.	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
CATHALA Pathologie médicale.	

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.	
GAYET	Physiologie.
DE GENNES ..	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU ...	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL..	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LEVY .	Pharmacologie.

MM.	
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ...	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS..	Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHEL	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER .	Pathologie chirurgicale.

MM.	
LARDENNOIS .	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER ...	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ..	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE.	Clinique médicale.
AUBERTIN.	
BRULE.	
CHABROL.	
DONZELOT.	
DUVOIR.	
LIAN.	
PASTEUR-VAL-LERY-RADOT	
SÉZARY.	

MM.	
BASSET.	Clinique chirurgicale
BROCC.	
CADENAT.	
GATELLIER.	
MOURE.	
QUENU.	
VELTER.	

MM.	
ECALLE.	Clinique obstétricale.
METZGER.	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

Mes sentiments filiaux de profonde gratitude.

A MA GRAND'MERE

A MES FRERES ET BELLE-SŒURS

A MES ONCLES ET TANTES

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO

Professeur de Clinique Chirurgicale.

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Membre de l'Académie de Médecine.

Commandeur de la Légion d'Honneur.

*Qui a bien voulu nous faire le grand
honneur de présider cette thèse, nous le
prions d'agréer nos remerciements et
l'hommage de notre respectueuse gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR MILHIET

Chef de Clinique de la Faculté de Médecine de Paris.

*Qui a bien voulu nous inspirer le sujet
de cette thèse et nous prodiguer de ses
conseils, qu'il trouve ici l'hommage de
notre profonde reconnaissance et de notre
très grand attachement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR SAUVÉ

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière.

A MONSIEUR LE DOCTEUR SICARD

Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

*Qu'ils trouvent ici le témoignage de notre
profonde reconnaissance pour les précieux
conseils qu'ils nous ont prodigués.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Stages (1933-1935).

- M. LE PROFESSEUR LENORMANT, chirurgien de l'Hôpital Cochin.
- M. LE PROFESSEUR CARNOT, médecin de l'Hôpital de l'Hôtel-Dieu.
- M. LE DOCTEUR CADENAT, professeur agrégé, chirurgien de l'Hôpital Lariboisière.
- M. LE DOCTEUR RAMOND, médecin de l'Hôpital Laennec.

Externat (1935-1938).

- M. LE DOCTEUR POULARD, ophtamologiste de l'Hôpital Lariboisière.
- M. LE DOCTEUR BOPPE, chirurgien de l'Hôpital St-Louis.
- M. LE DOCTEUR LEMELAND, accoucheur de l'Hôpital St-Louis.
- M. LE DOCTEUR CADENAT, professeur agrégé, chirurgien de l'Hôpital Lariboisière.
- M. LE DOCTEUR GAUTIER, médecin de l'Hôpital Lariboisière.
- M. LE DOCTEUR LAMY, médecin de l'Hôpital Hérold.

Internat (1938-1939).

- M. LE DOCTEUR DELORT, médecin de l'Hôpital St-Michel.
- M. LE DOCTEUR RENAUDEAUX, médecin de l'Hôpital St-Michel.
- M. LE DOCTEUR CLÉMENT SIMON, médecin de l'Hôpital St-Michel.

A MES AMIS

M. LE DOCTEUR JEAN BLESTEL

M. LE DOCTEUR GRIPPON DE LA MOTTE

INTRODUCTION

On peut écrire sans exagération que de toutes les affections chirurgicales de l'abdomen, l'appendicite offre le plus de variations évolutives, et si ses formes habituelles sont maintenant bien connues, il nous a paru intéressant à la lumière de 14 observations recueillies dans divers services des hôpitaux de Paris, d'attirer à nouveau l'attention sur sa forme tumorale.

Le plus souvent c'est lentement, à bas bruit, sans phénomènes généraux particulièrement marqués que l'inflammation édifie autour de l'organe toute une réaction tumorale, dure, irrégulière, douloureuse qui d'emblée éveille l'idée de cancer ou de tuberculose. LEGUEU et BEAUSSENAT ont créé pour cette forme le terme d'appendicite néoplasique, mais peut-être vaudrait-il mieux, pour ne laisser aucun doute sur l'absence absolue de toute malignité l'étudier sous le nom d'appendicite tumorale pseudo-néoplasique. C'est elle qui a conduit de nombreux chirurgiens à porter des diagnostics erronés et à pratiquer une hémicolectomie droite.

Mais il n'est pas rare aussi de voir évoluer l'inflammation plus ou moins brutalement autour de l'appendicite malade et de constater en même temps qu'une crise appendiculaire typique l'apparition d'une masse

tumorale douloureuse de la fosse iliaque droite. Dans ce cas il est aisé de rapporter cette réaction aiguë à sa vraie cause.

Nous insisterons particulièrement sur la forme tumorale pseudo-néoplasique et nous essayerons d'en détacher les principaux caractères de sa symptomatologie en mettant en évidence les divers examens : radiologique, sérologique et hématologique qui doivent être pratiqués en vue d'établir un diagnostic certain.

HISTORIQUE

En 1892, TALAMON, dans son traité « Appendicite et la pérityphlite » entrevoit déjà la question et pose le problème des apendicites simulant un néoplasme.

En 1898, VAUTRIN opère une femme de 55 ans présentant dans la fosse iliaque droite une tumeur à évolution progressive. On avait porté le diagnostic de cancer du gros intestin. « Je trouvais, dit VAUTRIN, une masse inflammatoire résistante, renfermant dans son centre un pus épais, granuleux, avec des débris de tissu sphacélé. Accolé au cœcum, je trouvais l'appendice, dur, scléreux, très gros ».

Peu après, LEGUEUX et BAUSSENAT rapportent sous le nom d'appendicite néoplasique des cas analogues survenant en général chez les vieillards. « Les exemples, disent-ils, d'appendicite néoplasique deviendront plus nombreux quand on apprendra que l'appendicite n'est pas toujours identique à elle-même et n'est pas très rare dans la vieillesse ».

En 1899, paraît la thèse de FABRE sur les « appendices à forme néoplasique », et l'auteur montre toute l'importance de la fièvre dans ces apendicites.

Puis successivement, les thèses de MELIKIAN en 1901 : « Contribution à l'étude de l'appendicite à forme néoplasique »; de RICHARD « Un cas d'appendicite subaiguë avec volumineuse tumeur inflamma-

toire latéro-cæcale d'apparence néoplasique » jettent sur ce problème une lumière nouvelle.

MÉRIEL et son élève ARMENGAU en 1906 posent le problème de la pathogénie des appendicites des vieillards et montrent la difficulté du diagnostic.

TIXIER, de Lyon, et ses élèves FAISANT et GAND, dans la thèse publiée en 1906 « Appendicite chez les sujets âgés » devaient en préciser les symptômes et faire de cette forme particulière le privilège de l'organisme vieilli.

En 1910, LE DENTU et Pierre DELBET dans leur nouveau traité de Chirurgie Clinique et Opératoire réservent un chapitre aux appendicites à forme de tumeur.

BÉRARD et VIGNARD en 1914 traitent le sujet dans leur traité sur l'appendicite.

En 1919, HALLOPEAU fait paraître une publication sur une tumeur inflammatoire autour d'un appendice géant.

En 1925, SAUVÉ apporte un appoint nouveau dans le diagnostic radiologique des tumeurs inflammatoires du cæcum.

Successivement paraissent une série d'articles sur ce sujet, et nous citerons CADENAT, OUDARD.

En 1932, PROVOST, de Lyon publie sa thèse sur la « Contribution à l'étude de l'appendicite-tumeur » et en approfondit sa symptomatologie.

Enfin parmi les dernières publications, nous retiendrons celles de BANZET, de DELAUNOY, de DRIESSENS et MALATRAY, VERNEJOL, Jean de WITTE, MIGINIAC, de VERGOZ, GARNIER et COHEN-SOLAL.

ETIOLOGIE

En 1898, LEGUEU et BEAUSSENAT détruisirent la notion qui était courante jusqu'à leur époque qu'après l'âge de quarante ans on ne voyait plus d'appendicites et que celles-ci étaient très rares chez les femmes.

La statistique collective de nombreux auteurs PRAVAZ, puis successivement MATHIEU, TRÈVES, MARIN, MONOD, LENANDER, LANZ et TRAVEL, ROUX et Mlle Von MAYER, PAUCHET, FITZ, POIRIER, LEGUEU et DELAGENIÈRES, permet de dire qu'un chirurgien rencontrera l'appendicite dans la proportion de 5 à 6 % à partir de 50 ans.

D'après LENORMANT, les appendicites tumorales chez le vieillard sont aussi fréquentes que les autres formes appendiculaires. Et d'ailleurs MERIEL présentait cette fréquence de ces appendicites chez l'homme âgé lorsqu'il écrivait : « Chaque âge a son appendicite, et en vérité le vieillard par ses réactions ralenties et sa résistance diminuée doit faire une appendicite bien particulière ».

De toutes les publications et de tous les ouvrages que nous avons compulsés, nous ne pouvons citer qu'un cas « d'appendicite aiguë à forme pseudo-tumorale chez un enfant de 10 ans » publié par DUBOIS ROQUEBERT. Et encore, semble-t-il, il s'agissait plutôt

d'un abcès enkysté de la pointe de l'appendice, que d'une véritable tumeur.

Il est normal de dire que les appendicites tumorales n'apparaissent qu'après l'âge de 30 ans, et qu'elles ont un maximum de fréquence entre 50 et 70 ans.

Toutes les statistiques tendent à prouver cette loi. Nous ne ferons que citer pour mémoire l'opinion d'EINHORN, d'ailleurs unique en son genre, qui prétendait rencontrer beaucoup plus d'appendicites chez le vieillard que dans les autres âges.

Pour MERIEL, l'appendicite se voit trois fois moins souvent entre 70 et 80 ans qu'entre 60 et 70 ans, et elle devient une exception après 80 ans.

La statistique de GAND porte sur 30 cas, et d'après ses conclusions 68 % des appendicites tumorales apparaissent entre 50 et 60 ans, 26 % entre 60 et 70 ans et 6 % entre 70 et 80 ans.

Dans son rapport à la Société nationale de chirurgie, en 1925, SAUVÉ disait : « Cliniquement, il existe, principalement chez les sujets d'un certain âge (mes observations concernent des sujets de 62 ans, 61 ans, 56, 43, 41, 45, 51 et 55 ans), ces appendices à forme tumeur ».

Pour PRUVOST, l'appendicite tumorale apparaît surtout chez le vieillard au delà de 50 ans (61 % des cas). Elle est à maximum de fréquence entre 50 et 70 ans (31 %).

Elle est assez fréquente entre 40 et 50 ans (25 %), elle est rare chez les jeunes (5 observations sur 26).

Dans les 25 observations que nous publions, nous en trouvons 3 cas entre 30 et 40 ans, 6 entre 40 et 50 ans, 13 entre 50 et 70 ans, tandis qu'après 70 ans, nous n'en voyons que 3 cas.

Les chiffres que nous avons recueillis tendent à prouver ce second fait : les appendicites tumorales sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes.

En effet, GAND sur 31 observations citait 18 cas chez la femme, PRUVOST sur 26 en trouvait 17, tandis que dans nos 24 observations, 15 fois les appendicites sont apparues chez une femme.

A quoi rattacher cette fréquence ? peut-être à ce que les femmes font des phénomènes d'annexite provoquant des adhérences épiploïques. La poche ainsi constituée localisera l'affection appendiculaire et donnera l'impression d'une pseudo-tumeur.

Un troisième fait découle de nos remarques : c'est principalement à partir des appendices rétro-cæcaux que se développent les appendicites tumorales.

Déjà plusieurs auteurs, tels que LEGUEU, FABRE, MÉRIEL, GAND, MELIKIAN, PRUVOST avaient fait cette constatation.

Sur 14 cas, où dans nos observations, l'appendice a été nettement repéré, il siégeait 9 fois derrière le cæcum.

Dans 3 cas seulement, il était en position normale. Tous les sièges pathologiques de l'appendice peuvent d'ailleurs se voir. Nous citons un cas où la tumeur appendiculaire est accolée à un sac herniaire, et un

autre cas où l'appendice est à siège mésocœliaque, VERGOZ rapporte une observation où la tumeur appendiculaire était à siège sous-hépatique.

Enfin SAUVÉ rapporte un cas d'appendicite tumorale pelvienne faisant penser à une lésion annexielle.

Nous terminerons ce chapitre par quelques conclusions pathogéniques. Nous nous bornerons à exposer seulement les théories de chaque auteur.

LEGUEU et BEAUSSÉNAT se sont demandés si ces appendicites n'étaient pas d'origine mycosique.

MÉRIEL a une conception beaucoup plus vraisemblable. Pour lui, l'appendice vermiculaire, à partir de 50 ans au minimum et plus sûrement vers 60 ans doit être considéré comme un organe lymphoïde en voie de régression plus ou moins complète. Cette régression porte sur l'oblitération de la cavité et l'atrophie ou la disparition totale du tissu lymphoïde sous-muqueux. Ainsi privé de ses éléments essentiels, cet organe perd toute sa valeur pour fournir un terrain favorable à une appendicite, attendu que c'est la folliculite qui fait l'appendicite. Il est cependant des cas où la régression sénile lente et tardive à se faire permet à l'organe de jouer son rôle comme aux âges premier et moyen de la vie, mais le nombre de ces cas est restreint. Par suite, il n'existe pas une, mais des appendicites séniles, ou plus exactement des inflammations cæco-appendiculaires dont la forme clinique et les lésions anatomiques sont commandées par l'état de conservation variable du vermium. A l'appendice conservé, correspondra une appendicite analogue à

celle de l'adulte. A l'appendice scléreux et atrophié correspondra une typhlite avec pérityphlite suppurée ou infiltrée et ligneuse.

TIXIER et ses élèves de Lyon attribuent la fréquence des appendicites tumorales chez le vieillard à la diminution de la résistance de l'organisme et en particulier de la réaction péritonéale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous décrirons l'appendicite tumorale sous trois formes :

1° *La forme tumorale pure*, scléreuse ou scléro-lipomateuse.

2° *La forme ligneuse*, celle que MÉRIEL a décrit sous le nom de « phlegmon ligneux iliaque ».

3° *La forme abcès*. Elle est la forme la plus fréquente, mais elle ne prête pas aux difficultés de diagnostic qui font tout l'intérêt de la question. Aussi certains auteurs, comme VERGOZ d'Alger, ne la font pas entrer dans le cadre des appendicites tumorales.

I. — LA FORME SCLEREUSE, SCLERO-LIPOMATEUSE.

Elle est la véritable forme tumorale de l'appendicite, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique microscopique : au lit du malade cette forme a permis toute supposition d'interprétation. A l'intervention, pièce en main, elle laisse encore subsister le doute et c'est ce qui fait l'intérêt de cette étude.

C'est de cette forme que TUFFIER a dit : « Le diagnostic entre les appendicites et les néoplasmes du

cæcum chez les gens âgés est souvent très difficile et j'ai vu et j'ai commis plusieurs erreurs à cet égard ».

La tumeur grosse comme un poing d'adulte apparaît dure, de coloration gris nacré et l'aspect est d'autant plus trompeur que la masse tumorale adhère assez intimement à la surface colique, semblant en faire partie intégrante comme née du colon lui-même. A la coupe, nous sommes en présence d'une véritable pelote d'épiploon enserrée et traversée de brides scléreuses. Souvent la lésion, de dimension variable, présente l'aspect caractéristique du squirrhe, elle est irrégulière et paraît fusionnée à la paroi cæcale. Sa surface est granuleuse et la tumeur fibroïde et dure est presque toujours constituée d'un magma épiploïque emprisonnant un appendice gros et sclérosé.

L'appendice peut développer sa poussée inflammatoire dans la paroi même du cæcum, et le plus souvent dans la paroi postérieure : la paroi cæcale s'épaissit, se cartonne, constituant tout autour du point d'implantation appendiculaire une masse tumorale intrapariétale d'apparence néoplasique ou bacillaire. Les réactions ganglionnaires du méso-appendice et de l'angle iléo-cæcal complètent ce tableau anatomo-pathologique et il n'est pas rare de constater la présence d'un bloc ganglionnaire plus ou moins volumineux se prolongeant plus ou moins dans le mésentère. Cette double constatation : infiltration du fond cæcal et adénopathie induisent en erreur et peuvent commander la nécessité d'une résection élargie iléo-cæco-colique.

Au sujet d'une observation d'appendicite à forme tumorale, LERICHE disait : « Jusqu'au moment où j'ai eu la pièce en mains, je n'ai eu aucune hésitation, ni lors d'une seconde entreprise, en vue de la résection. Le volume de l'adénopathie m'a fait douter un instant de la possibilité de l'ablation. Je n'ai pas pensé un seul moment qu'il pût s'agir d'autre chose que d'une tuberculose à type de tumeur. C'est en examinant la pièce, l'opération terminée, que j'ai découvert que le cæcum était intact, mais muré dans un énorme bloc ganglionnaire non suppuré et qu'à sa face postérieure, un gros appendice, plein de pus, était accolé. En décollant la masse, je ne m'en étais pas douté ».

Nous retrouvons dans les observations IV, XI, XII, XVI, XVII, XVIII et XXI, sept cas d'appendicite à forme scléro-lipomateuse.

II. — LA FORME LIGNEUSE DE MERIEL.

Elle est très particulière. A l'examen clinique, le phlegmon ligneux de MÉRIEL se présente comme une masse dure, irrégulière, immobile (Caractère important). A l'ouverture de l'abdomen, le cæcum est refoulé par une tumeur inflammatoire à la surface péritonéale irrégulière, épaissie, rouge et grenue dont l'effondrement au doigt libre un amas de granulations inflammatoires, d'étendue variable contenant peu ou pas de pus. Au centre de ces granulations, apparaît l'appendice, tantôt dur et scléreux, bien souvent atrophique, parfois déchiqueté, même inexistant.

Ces granulations inflammatoires peuvent présenter un aspect des plus trompeurs : MOUCHET, LE DENTU (Thèse de RICHARD 1892), en cherchant à dégager le cæcum mettent à découvert une zone de bourgeons charnus et croient se trouver en présence d'un magma d'épithélioma. Seule la rencontre inattendue de l'appendice fait corriger le diagnostic et la résection de l'organe amène une guérison rapide.

Cette forme ligneuse peut sous l'effet d'une poussée inflammatoire évoluer vers la suppuration, mais aussi sous l'effet d'un traitement approprié, rétrocéder.

MÉRIEL explique la formation de cette forme ligneuse : « C'est un malade ayant un passé appendiculaire très net. Depuis plusieurs années, il a eu des crises appendiculaires légères et de l'entéro-colite. Ces crises ont laissé une séquelle d'adhérences englobant de plus en plus le cæcum et l'appendice. Si un abcès se forme, il est déjà enkysté par ces barrières anciennes à son tour, il suscite une nouvelle et plus active réaction péritonéale qui édifie sur les fondations anciennes de nouvelles masses plastiques aux dépens de l'épiploon notamment, du péritoine et du tissu cellulaire rétro-péritonéal. Ces divers matériaux infiltrés et indurés formeront bientôt une tumeur appréciable à la palpation, d'une dureté ligneuse et immobilisée dans la fosse iliaque ».

III. — LA FORME ABCES.

Le pus peut se trouver maintenu par des forma-

tions intestinales adhérentielles, comme notre observation VI, ou bien il peut se trouver nettement collecté en position rétro-cæcale, avec parfois diffusion dans la gaine du psoas, comme dans nos observations I et XX. Cette dernière forme a été décrite dans tous les travaux parus sur la question des collections purulentes sous-péritonéales ou des poches remplissant tout le petit bassin. Le pus est englobé au milieu d'adhérences. Certes, les parois de la poche sont constituées par des néo-membranes organisées et scléreuses, lui donnant bien un aspect de pseudo-tumeur, mais en réalité, il s'agit bien d'abcès, de phlegmons appendiculaires qui laissent toujours à toute palpation attentive une zone de fluctuation, de rénitence attirant d'emblée l'attention sur la possibilité d'une appendicite.

Il serait bien tentant de faire correspondre les formes aiguës des appendicites tumorales aux abcès, les formes subaiguës à la forme scléro-lipomateuse et les formes chroniques au phlegmon ligneux de MÉRIEL, mais si parfois ce schéma est réalisé, il est à noter que le plus souvent ces différentes formes s'opposent les unes aux autres.

ETUDE CLINIQUE

Se basant sur leur évolution, nous étudierons successivement les appendicites tumorales sous trois formes cliniques :

1° *La forme chronique*, évoluant depuis plusieurs semaines et même plusieurs mois;

2° *La forme subaiguë* entrecoupée de période de poussées inflammatoires et de cédation complète.

3° *La forme aiguë* évoluant en quelques jours.

Nous insisterons particulièrement sur la forme chronique, la plus intéressante à étudier pour sa symptomatologie frustrée et trompeuse, et nous passerons rapidement sur les deux autres.

I. — LA FORME CHRONIQUE

C'est cette forme que DIEULAFOY décrivait sous le nom de « tumeur d'aspect néoplasique, à évolution lente et progressive ». Son diagnostic est le plus souvent la conclusion d'une étroite collaboration entre le médecin, le radiologiste et le chirurgien.

Après avoir traité des prodromes, nous décrirons successivement les paragraphes suivants :

- les signes fonctionnels;
- les signes généraux;

- l'examen physique;
- l'examen radiologique;
- l'examen hématologique;
- l'examen sérologique;
- l'examen histologique.

A) Prodromes.

Certains auteurs rapportent comme un signe de grande valeur l'existence dans les antécédents du malade, d'une ou plusieurs crises appendiculaires. MOSKOWICZ, sur 63 malades, eut 31 cas avec un seul accès chez des sujets de moins de 51 ans contre 4 chez des sujets plus âgés. Pour deux accès, la proportion est de 16 au-dessous de 51 ans, et un au-dessous. Pour trois accès, les chiffres sont respectivement 1 et 2.

ROSTOTZEV donne les chiffres suivants : avant 51 ans, 51,2 % des malades avaient des crises antérieures; après 51 ans, 42 % seulement.

D'autres auteurs, comme MÉRIEL, se basant sur les résultats de BARTHÉLEMY, considèrent l'appendicite sénile comme primitive. Sur 32 observations, il note 7 crises douloureuses et il considère 25 cas comme nettement primitifs.

Personnellement, nous n'avons trouvé qu'une seule fois dans l'anamnèse du malade l'histoire de crises douloureuses anciennes. Aussi, nous ne les considérons pas comme un signe de grande valeur.

Le plus souvent on constatera l'existence de quelques troubles digestifs vagues, sans importance, qui n'aiguilleront en aucune manière le diagnostic.

B) Les signes fonctionnels.

Le premier symptôme en date est souvent la douleur. C'est elle qui amène le malade à consulter.

Rarement elle survient brutalement, à caractère aigu, comme dans une crise franche, et d'ailleurs son intensité ne tarde pas à décroître, pour devenir frustrée (Obs. IV). Le plus souvent la douleur est atténuée et MÉRUEL avait raison lorsqu'il écrivait : « Chez les jeunes, la douleur de Mac BURNEY se traduit d'une manière constante, mais chez le vieillard il y a atténuation ou même absence totale, témoin les 3 observations de PERMA, de SHETTA et de KRAPPT ». En effet, elle est sourde, irrégulière, sans irradiation, indépendante du repos et parfois à prédominance nocturne. Sur ce fond douloureux, il n'est pas rare de voir se greffer des paroxysmes (Obs. XX), arrachant des cris au malade. Parfois la douleur est calmée en décubitus dorsal (Obs. XIX). Son siège est variable. PRUVOST notait 21 cas dans la fosse iliaque droite, 2 dans l'hypocondre droit, 1 dans la région lombaire droite, 1 dans la région péri-ombilicale, et enfin 1 dans la région sus-inguinale à irradiation ascendante.

Dans 5 de nos observations, la douleur siégeait nettement dans la fosse iliaque droite. A 4 reprises, elle était dans l'hypocondre droit, une fois généralisée, et dans un cas inguinale. LE DENTU et DELBET décrivirent dans leur *Traité de Chirurgie Clinique et opératoire* la douleur en barre, signe que nous n'avons pas retrouvé chez nos malades : « J'insiste dans mes leçons sur un signe qui existait nettement chez le malade

dont l'appendice est figuré ici. C'est la douleur en barre dans la région épigastrique quand on renverse le tronc du malade. Il est clair que l'épiploon étant fixé par son extrémité tout en bas de l'abdomen, il se trouve tirailé dans l'hyperextension du tronc, et le patient cherche instinctivement, en se couchant en chien de fusil, à rapprocher les insertions supérieures de son épiploon du point où il est fixé anormalement par des adhérences ».

Les troubles gastro-intestinaux sont aussi variables qu'inconstants. On peut noter quelques vomissements. Les vomissements bilieux semblent les plus fréquents, ils surviennent le matin (Obs. IV, Obs. IX). En principe les vomissements alimentaires n'existent pas. Dans l'observation XI, nous en avons noté un seul, et encore de petite quantité. Un plus important, mais également isolé a été vu chez un autre de nos malades, mais il est survenu brutalement lors d'une crise douloureuse subite.

Les nausées sont également rares (3 cas seulement).

Mais le plus souvent, ce sont des troubles intestinaux également de caractère variable qui accompagnent la douleur. Tantôt c'est une constipation rebelle à tout traitement, enfin tantôt c'est une constipation suivie d'une débâcle diarrhéique. On rappellera malgré tout que le transit peut être tout à fait normal et on ne constatera aucun trouble. (Obs. XXV). On notera également quelques coliques vagues, des digestions pénibles, des indigestions fréquentes, des embarras gastriques avec langue saburrale de l'inappétence et de l'insomnie.

En résumé, nous retiendrons surtout le caractère dominant de la douleur spontanée, qui est le seul symptôme fonctionnel constant.

C) Les signes généraux.

L'état général est assez souvent plus ou moins atteint, l'amaigrissement peut être marqué (6 kgs en 8 mois chez un de nos malades), le teint est jaunâtre, rappelant celui du cancéreux, les yeux sont cernés. Le malade perd ses forces de jour en jour. L'anémie n'est pas de règle, les chiffres les plus bas ont été trouvés dans l'obs. XI. Il y avait 3.320.000 globules rouges. Chez un de nos malades (Obs. XX), l'état général est toujours resté excellent.

La température. Pour MÉRIEL, il existe toujours une fièvre modérée peu en rapport avec la gravité et la durée de la maladie. Pour lui, c'est le meilleur indice que le péritoine du vieillard doit résorber très peu et tolérer ainsi le voisinage de grande quantité de liquide purulent.

Plusieurs auteurs ont décrit des formes apyrétiques. De MARTEL rapporte un cas franchement apyrétique. De ROUVILLE déclare même que l'appendicite des vieillards est souvent apyrétique. TUFFIER également a remarqué aussi le développement lent et progressif d'une tumeur à peu près indolente sans fièvre ni réaction.

Sur 40 cas, de BOVIS en note 35 % avec une température à 37°6-38°5, dans 20 %, elle atteint 38°6-39°, dans 20 % également 39°1-39°5, dans 25 %, 39°6-40°5.

Pour HERJOZ, la moitié des malades ont moins de 39°. MELIKIAN prétend que toute appendicite, quelles que soient ses formes cliniques, se manifeste par une élévation thermique.

Avec GAND, nous décrirons trois modalités thermiques :

1° Cas complètement apyrétique (Obs. XV, Obs. XXIV).

2° Cas où le début douloureux est accompagné d'une poussée thermique aux environs de 39° pour tomber progressivement les jours suivants.

3° Cas où les malades ont une élévation thermique supérieure de quelques degrés centigrades à la normale, avec oscillations de faible amplitude.

Le pouls. Sa fréquence suit en général l'évolution de la courbe thermique. Tantôt il est filant et le pronostic est sombre, tantôt il est complètement dissocié, pour une température à 39° il est à 80, et le pronostic est bon.

D) L'examen physique.

Les deux autres éléments de ce qu'on a appelé la triade douloureuse de Dieulafoy (nous avons déjà vu la douleur spontanée) à savoir la défense musculaire et l'hyperesthésie cutanée, sont ici effacés. Dans aucune de nos observations, nous n'avons remarqué ces symptômes. Dans un cas seulement, nous avons un point douloureux de Mac Burney (Obs. XX). On a réveillé aussi chez un autre malade un point douloureux fixe et précis dans la fosse iliaque droite (Obs. XXV).

La tumeur. Elle simule souvent le néoplasme et il est souvent impossible de différencier cliniquement cette tumeur inflammatoire d'une tumeur néoplasique. LEGUEU et BEAUSSENAT écrivaient déjà : « Dans la fosse iliaque, une tumeur lente en sa marche, ferme et dure en sa consistance, un amaigrissement progressif, une cachexie accentuée faisaient soupçonner une tumeur maligne inopérable ». Elle siège normalement dans la fosse iliaque droite. Mais nombreux sont les auteurs ayant rapporté des sièges atypiques. De KNEBGEN et LAMBORELLE, dans une observation que nous publions montrent une tumeur appendiculaire accolée à un sac herniaire. VERGOZ rapporte une appendicite tumorale à siège sous-hépatique. Les appendicites tumorales à siège pelvien ne sont pas une rareté, de WITTE fait le récit d'une telle forme, bombant dans le cul de sac latéral droit du vagin, et qu'il avait pris pour un kyste de l'ovaire.

Le volume de cette tumeur est variable et peut aller de la grosseur d'un œuf de poule à celle de deux poings. Elle est toujours allongée dans le sens vertical. Elle est fixée à la paroi abdominale postérieure, elle n'adhère pas à la paroi antérieure. Le bord supérieur est induré, arrondi. Le bord externe est difficilement palpable, le bord interne est par contre nettement limité. Mais une tumeur mal limitée et mobile peut se voir également (Obs. IV). SCHWARTZ pourtant attache une grande importance à cette adhérence. Une tumeur néoplasique du cæcum qui aurait présenté une telle adhérence se serait manifestée depuis longtemps par des troubles digestifs.

Elle est douloureuse le plus souvent, mais son indolence a été constatée à deux reprises (Obs. IV et XVIII).

Elle est lisse et dure. Elle peut évoluer vers la supuration et devenir ainsi fluctuante en certains points. Tantôt elle rétrocede par épreuve de la glace (Obs. XVII) pour disparaître complètement et guérir, ou pour se fixer à un volume constant. Elle est mate à la percussion.

En résumé, l'histoire clinique se présente ainsi : Un malade ayant dépassé 50 ans se plaint d'une douleur sourde de la fosse iliaque droite pour laquelle il vient consulter. Depuis quelques semaines ou quelques mois de vagues troubles gastro-intestinaux sont apparus. Son état général s'altère. A l'examen on constate une tumeur de la fosse iliaque droite, indurée, d'une sensibilité variable mais constante, plus ou moins bien limitée. Il y a souvent une légère poussée thermique. La notion de cette douleur sourde et de cette masse tumorale accompagnée de la poussée thermique doit faire penser à une tumeur inflammatoire de la région iléo-cæcale. Mais ce diagnostic ne peut être confirmé que par une série d'examens.

E) L'examen radiologique.

L'examen radiologique de la région iléo-cæcale est un des temps les plus importants en vue du diagnostic, et si parfois il est source d'erreurs, il n'en apporte pas moins dans la majorité des cas des résultats de première valeur.

L'exploration la plus couramment pratiquée est faite par le repas et le lavement barytés.

En 1922, SAUVÉ décrit la méthode du cerclage pour différencier les différentes tumeurs de la fosse iliaque droite.

Enfin en 1934, MAINGOT, SARASIN et DUCLOS reprenant les travaux de A.-W. FISCHER mirent au point la méthode d'exploration radiologique au moyen des solutions floculantes.

Nous décrirons successivement ces différentes méthodes.

Le repas et le lavement barytés. Nous sommes en présence de deux modalités différentes suivant que la substance opaque est absorbée par voie orale, incorporée à un repas ou est administrée par lavement. On commencera de préférence par le lavement opaque qui fournira immédiatement des données morphologiques exactes et permettra souvent de déceler de suite l'existence de lésions organiques. On procédera ensuite, quelques jours plus tard, à un examen complémentaire par voie orale pour étudier le fonctionnement intestinal. Ces deux méthodes se complètent. On notera malgré tout chez un de nos malades que le lavement n'avait donné aucun résultat et que seul le transit avait montré des images pathologiques du cæcum (Obs. XI).

L'appendice n'est jamais visible, même si les examens sont répétés fréquemment. La stase iléale est constante, pouvant aller jusqu'à 12 et même 24 heures. Le cæcum est fixé, il a perdu toute sa mobilité, il est



OBS. III. — Monsieur P. M..., 43 ans.

— Image pseudo-lacunaire du cœcum, vue à la 8^e heure, en décubitus dorsal.

accolé à la paroi abdominale postérieure. La palpation réveille une légère douleur. Les images données sont multiples; nous les classerons en quatre ordres :

1° Tantôt le cæcum est bien injecté par la baryte, mais ses bords ont perdu toute netteté, ils sont flous.

2° Tantôt nous serons en présence d'images pseudo-lacunaires, constantes à plusieurs examens, taillées à l'emporte-pièce, confondues le plus souvent avec celles données par le cancer et la tuberculose. D'ailleurs nous reviendrons ultérieurement sur ces images

3° Parfois les clichés nous donneront de véritables images de STIERLIN. Les dernières anses grêles sont encore remplies, le côlon ascendant est bien visible alors que le cæcum n'est pas ou à peine indiqué que par quelques parcelles opaques. Le bas fond cæcal peut être relié au cæco-ascendant par une zone rétrécie, filiforme injectée de substance opaque.

4° Enfin le fond du cæcum peut présenter une encoche triangulaire nette, parfaitement dessinée et dont la pointe est intracæcale. Elle répond à l'insertion de l'appendice.

Par ailleurs, le contour du cæcum est absolument régulier. Ces simples examens radiologiques ne nous permettent pas le plus souvent d'éliminer le diagnostic de cancer ou de tuberculose, et il faudra avoir recours à la méthode de SAUVÉ.

Méthode de Sauvé. SAUVÉ écrit : « Radiologiquement, le moyen de diagnostic si simple que je propose donne, quand il est positif, la clef du diagnostic le jour même. Il ne comporte aucun inconvénient. Il

doit donc être à mon sens employé dans tous les cas de tumeur de la fosse iliaque droite ». Ce procédé consiste simplement à repérer extérieurement la tuméfaction par un fil métallique malléable, en plomb de préférence, qui en épouse exactement les contours, et aussitôt après, à remplir le cæcum de bouillie opaque. La radiographie prise, il est facile d'observer sur la plaque, les rapports de l'ombre du repère métallique et de l'ombre cæcale. Deux cas peuvent, dès lors, se présenter :

1° L'ombre du repère métallique est nettement en dehors de l'ombre cæcale ou ne la touche que par une faible part de sa circonférence. Ici, pas de discussion, il ne s'agit pas de tumeur cæcale pas plus de néoplasme que de tuberculose.

2° L'ombre du repère métallique est inscrite dans l'ombre cæcale ou la touche par la plus grande partie de sa circonférence. Dans ce cas, on ne peut éliminer l'appendicite, mais il s'agit généralement d'une tumeur, néoplasme ou tuberculose du cæcum.

SAUVÉ termine ainsi : « Ces conclusions, je l'entends bien, ne sont pas absolues, et je ne prétends nullement que dans tout cas de tumeur de la région cæcale où l'ombre du repère métallique est en dehors de l'ombre cæcale, il ne s'agisse fatalement d'appendicite; je hais trop les formules toutes faites et le sectarisme scientifique pour être aussi absolu ».

Ce procédé donne souvent le diagnostic exact, une seule fois nous avons été induits en erreur, et nous avons porté le diagnostic de masse appendiculaire

alors que nous avons affaire à un cancer du cæcum. (Obs. VIII).

L'exploration radiologique par les solutions floculantes. Nous allons insister maintenant sur la nouvelle méthode d'exploration radiologique des colons au moyen des solutions floculantes, décrites par MAINGOT, SARASIN et DUCLOS. Nous pensons que c'est dans cette voie qu'il faudrait pousser les recherches ultérieures pour éliminer le diagnostic de cancer, de tuberculose ou de tumeurs extrinsèques.

Ces auteurs emploient une solution colloïdale de sels de thorium, capable de floculer au contact du mucus qui revêt la muqueuse intestinale, de s'y attacher et de la tapisser d'une sorte de « vernis opaque » en couche mince, plus ou moins adhérente.

L'exploration comprend trois temps, et chacun de ces actes fait naître des images différentes qu'on peut observer sur un écran fluorescent, mais qu'il faut s'empresse de fixer sur des films radiographiques.

Tout d'abord, par une préparation soigneuse du malade, la muqueuse intestinale est détergée aussi complètement que possible de tout ce qui pourrait mettre obstacle à son contact immédiat avec la solution floculante.

Le premier temps consiste dans l'introduction sous pression d'un demi-litre environ de cette solution, quantité suffisante d'ordinaire à remplir tout le gros intestin et à le distendre légèrement sans toutefois fausser ses rapports habituels. Les renseignements



OBS. XI. — Madame R..., 56 ans.

Image pseudo-lacunaire du cœcum, vue à la 8^e heure en décubitus dorsal, faisant penser à une image néoplasique.

ainsi obtenus ne diffèrent pas essentiellement de ceux que donne la technique classique.

Le deuxième temps consiste à faire l'étude du plissement de la muqueuse. Dix à quinze minutes plus tard, le malade évacue tout ou partie de l'injection floculante. La muqueuse, revenue sur elle-même, par suite de son élasticité et de la contraction des éléments musculaires, se plisse alors et revêt grâce au vernis opaque dont elle est tapissée « un aspect de fine dentelle dont la moindre anomalie change le dessin ».

Enfin aussitôt après, vient le troisième acte, que les auteurs estiment d'une importance capitale parce qu'il permet de vérifier la souplesse plus ou moins grande de la muqueuse. C'est l'examen du colon insufflé d'air. Le gros intestin apparaît alors sous la forme d'un boudin clair cerné d'un trait sombre ou « liseré marginal » dont les aspects variables sont pleins d'enseignements.

Nous allons énumérer les différentes images pathologiques que nous rencontrerons dans les tumeurs inflammatoires du cæcum.

Typiquement, les parois du cæcum ne sont pas ou peu atteintes.

En réplétion, le ruban colique porte des empreintes, des encoches par refoulement ou compression. Ce sont les pseudo-lacunes que l'on confond si souvent avec les vraies lacunes.

Les pseudo-lacunes sont des encoches nettes. Leur bord est tantôt insensiblement dégradé, tantôt fait au

tire-ligne à moins qu'un processus pathologique ne superpose à l'image de l'encoche, les signes d'une lésion surajoutée. Entre la zone normale et l'encoche, la transition n'est pas brusque, à l'emporte-pièce, il n'y a pas d'angle. Une courbe unit l'encoche et la partie non déformée de l'intestin.

Les lacunes vraies sont un défaut de remplissage traduit par une ou des plages transparentes. Les unes mordent le bord, les autres transparaissent sur l'espace intermarginal. La plus simple et la plus élémentaire des lacunes ressemble à un coup d'emporte-pièce sans bavures. Schématiquement, les lacunes peuvent être comparées à des segments de cercle mis à cheval sur le bord du tube digestif. Par antithèse aux pseudo-lacunes, elle se raccordent à angle vif. Elles sont rigides, les contractions ne les traversent généralement pas. Mais le plus souvent les découpures lacunaires ont un bord polyclique ce qui ne facilite pas le diagnostic.

L'examen en couche mince est le pivot du diagnostic. La zone de l'encoche porte des plis déformés, étirés, à type irritatif. L'hypothèse du cancer du cæcum tombe devant la conservation du plissement.

Sous l'influence de la distension gazeuse, le trajet colique enveloppe la tumeur.

Lorsque le processus inflammatoire a envahi les parois cæcales, le syndrome radiologique est différent.

En réplétion opaque, le calibre intérieur colique est rétréci par l'infiltration pariétale segmentaire. Il peut y avoir des images lacunaires, des crênelures. Le col-

lapsus est entravé par la rigidité pariétale. S'il se produit, la muqueuse ne peut plus glisser sur la sous-muqueuse infiltrée, d'où l'aspect simplifié du plissement.

La distension gazeuse met en valeur et précise les déformations aperçues en réplétion : rigidité segmentaire, crânelures marginales, parfois aspect lacunaire. Le liseré muqueux est intact. Il tapisse fidèlement toutes les inégalités marginales, ce qui, joint à la persistance du plissement en collapsus, témoigne en faveur de l'intégrité de la muqueuse.

Des aspects réactionnels affectent également les segments à distance. En effet la stase iléale est de règle. C'est une des données de l'examen par voie orale par repas baryté. Si intéressant soit-il, ce renseignement est moins suggestif que les aspects de la muqueuse. Après avoir frappé le cæcum, les poussées inflammatoires appendiculaires se répercutent sur l'iléon. Le défilé iléo-cæcal suit un trajet dont les courbes sont ou trop serrées, ou remplacées par des angles. Il est tirailé vers le cæcum dont les bords adjacents sont affectés par des irrégularités.

Le reste de l'intestin grêle n'est pas toujours indemne. Le processus évolue comme sur le gros intestin. Il aboutit à des adhérences avec stase gazeuse et à des sténoses avec aspect en « tuyaux d'orgue ».

L'appendice contracte fréquemment des rapports intimes avec le sigmoïde. Les inflammations appendiculaires retentissent sur celui-ci et finissent par l'entourer d'adhérences. Ces adhérences se traduisent par

des signes de périviscérite. Les bords intestinaux sont dentelés, le plissement prend l'aspect réactionnel.

Les mêmes lésions peuvent atteindre le transverse. Les rapports immédiats de l'appendice, du pylore et du duodénum sont des raretés.

En résumé, l'exploration radiologique pourra nous permettre de porter le diagnostic de tumeur appendiculaire, mais un grand nombre de lésions rappellent les aspects que nous venons de décrire, comme les tumeurs inflammatoires malignes, la pérityphlite, la tuberculose hyperplasique; des affections du voisinage : kyste de l'ovaire, du pancréas, du mésentère avec ou sans périviscérite. Nous concluons avec MANGOT : « Comment la radiologie dans ce cas, pourrait-elle donner une certitude diagnostique quand le chirurgien lui-même, lors d'un contrôle opératoire, hésite sur la nature des lésions qu'il rencontre et laisse à l'histologiste le soin de conclure ».

F) Examen hématologique.

Avant tout, nous insisterons sur la nécessité de pratiquer l'examen du sang le matin à jeun.

Les appendicites tumorales peuvent être considérées comme une forme chronique secondaire à une crise aiguë ou subaiguë, donc nous aurons toujours affaire à une leucocytose avec polynucléose et non mononucléose comme dans les appendicites chroniques d'emblée.

Nombre d'auteurs ont insisté sur l'importance de la formule sanguine. TUFFIER écrivait « Plusieurs

fois, la leucocytose et la polynucléose m'ont évité des erreurs ». VERNEJOL insiste sur les résultats de l'hématologie pour établir son diagnostic. DE MARTEL écrit que l'examen du sang est aussi important que celui de la température, et même la température peut être normale et la formule sanguine montre une polynucléose. Habituellement la leucocytose est légère (6.500, 10.000), mais il n'est pas rare de noter des chiffres plus élevés (15.000, 16.000, 18.000 respectivement dans les obs. X, XII et XIII). La polynucléose est également variable, le chiffre plus élevé fut trouvé dans l'obs. XIII : 88 %.

Nous pouvons conclure que la leucocytose et la polynucléose sont un élément confirmatif du diagnostic et qu'elles indiquent aussi le degré de la gravité de l'infection, celle-ci étant d'autant plus grave que la leucocytose et la polynucléose sont plus élevées. La température peut dans ces cas rester à la normale, mais le pouls est dissocié, soit rapide, soit ralenti.

Au fur et à mesure qu'on s'éloigne de la période aiguë, la leucocytose et la polynucléose s'abaissent progressivement. (Obs. XI).

Il ne faut pas malgré tout donner à l'examen hématologique une valeur absolue, car une suppuration peut compliquer un néoplasme et s'accompagner des mêmes signes. En outre, on aura soin avant d'interpréter toute formule sanguine, d'éliminer toute autre cause de suppuration locale (phlegmon, abcès, ostéite, etc.)

G) Examen sérologique.

Nous pensons qu'il serait utile de pratiquer chez les malades chez qui le diagnostic est hésitant les réactions de la séro-floculation de VERNES à la tuberculose et au cancer.

Celles-ci sont basées sur le parti qui peut être tiré de la floculation observée dans le sérum sanguin lorsqu'on soumet l'étude de ses variations à des mesures précises. Si l'on distribue dans une série de petits tubes du sérum humain normal, puis un réactif capable de provoquer la floculation dans le mélange (l'un des deux à dose fixe et l'autre à dose régulièrement croissante), la floculation augmente et diminue tour à tour en dessinant une courbe sinusoïde dont le tracé varie suivant le réactif employé.

Les variations de floculation les plus utiles à connaître sont souvent les plus minimes, c'est à cette nécessité que répondent les longues recherches optiques qui aboutissent à la construction de photomètre grâce auquel on peut effectuer la mesure des plus minimes variations des troubles exprimés en degré de transparence. Ce fut après de longues et multiples années d'étude qu'on a été conduit parmi les nombreux corps mis en expérience à faire de la résorcine le réactif de choix de la tuberculose. La technique en est simple. Le résultat est un chiffre de l'échelle photométrique (Photomètre de VERNES, BRICQ et YVON). Si le sérum observé est parfaitement clair, le chiffre 30 et au-dessus indique sauf exception non encore rencontrée l'existence de la tuberculose. De 0

à 15, le sérum est normal sauf de très rares exceptions. De 15 à 30, il y a probabilité croissante de tuberculose. BADOUX et Mlle NARBEL rapportent que dans 7 cas de tuberculose intestinale, l'indice de la résorcine a été 5 fois au-dessus de 26. Et en outre, les auteurs font suivre d'un point d'interrogation les deux diagnostics de « Obstruction intestinale tuberculeuse » et de « Tuberculose péritonéale » concordant avec des indices de 5 et 21.

Pour le cancer, le réactif de choix est l'acétate de cuivre. Des expériences nombreuses, il résulte que chez les sujets non cancéreux, les indices photométriques dépassent rarement et de peu la cote 90. Chez les cancéreux, les indices sont supérieurs à 100, ils s'élèvent dans certains cas jusqu'à 300 et davantage. Les syphilitiques, qu'ils soient à la période de début ou à un stade plus avancé de leur infection, se comportent comme des sujets sains vis-à-vis de la réaction à l'acétate de cuivre.

Il faut mentionner quelques anomalies. Par l'acétate de cuivre, le sérum des femmes enceintes fournit des chiffres photométriques élevés ainsi que celui des sujets hyperglycémiques, et de certains intoxiqués (maladies infectieuses ou alcool). Il faudra donc pour baser son diagnostic, faire plusieurs examens en série et non se contenter d'un seul.

H) Examen des selles.

DELAUNOY écrit : « Dans plusieurs cas, alors que nous inclinions pour l'appendicite pseudo-néopla-

sique, cette épreuve positive nous a servi à redresser le diagnostic, ultérieurement vérifié par l'opération ».

Avec lui CADENAT insiste sur l'importance de l'absence du sang dans les selles. Nous avons constaté chez un de nos malades une hémorragie intestinale, mais malgré tout, nous considérons cette absence de sang dans les selles comme un signe de grande valeur.

En résumé, quels sont les principaux éléments de diagnostic ?

En premier lieu, l'histoire de la maladie avec son début en général douloureux, sa poussée thermique des premiers jours.

L'évolution de la tumeur qui lorsqu'elle n'évolue pas vers la suppuration régresse progressivement et parfois disparaît sous l'influence du traitement médical et des applications glacées.

L'hématologie, avec toutes ses réserves, qui révèle la leucocytose avec polynucléose.

Mais le véritable élément de diagnostic semble être l'examen radiographique pratiqué selon les méthodes de SAUVÉ, auquel nous ajouterons deux examens complémentaires : les épreuves sérologiques de VERNES et les radiographies selon les méthodes floclantes.

I) Examen histologique.

La conclusion à retirer de ce qui précède c'est qu'en cas de doute, il faut savoir prendre une décision.

La mortalité si lourde encore de l'appendicite chez les vieillards provient surtout des retards apportés à l'intervention par suite des hésitations du chirurgien.

Aujourd'hui, avec les ressources de l'anesthésie locale et de la rachianesthésie qui facilitent grandement l'intervention chez le vieillard, on ne refusera plus à un diagnostic incertain la confirmation de l'examen direct par une laparotomie exploratrice. Nous proposons, dans tels cas, avec DELAUNOY, l'examen histologique extemporainé à l'Ultropak.

Comme nous l'avons déjà dit, nous n'insisterons pas sur les deux autres formes d'appendicite tumorale dont le diagnostic en général est plus évident et nous nous attacherons seulement à mettre en valeur leurs particularités.

II. — LA FORME SUBAIGUE

On voit plutôt cette forme au-dessous de 45 ans. Sur 4 cas que nous publions, 3 sont apparus entre 30 et 45 ans, et un seul au-dessus de 45 ans.

Ce sont des sujets qui ont eu au cours des semaines ou des mois précédents une ou plusieurs crises appendiculaires atypiques, réveillées en général par des secousses (Obs. I, III et XXI), constituées par une douleur brutale dans la fosse iliaque droite, mais sans être accompagnées ni de fièvre, ni de vomissement, ni de troubles du transit.

Sans grande atteinte de l'état général, la tumeur apparaît dans la fosse iliaque droite accompagnée de l'apparition de fièvre et de quelques nausées. Elle n'a pas de caractère spécial autre que celui qu'elle est toujours douloureuse et qu'elle a tendance, sous l'effet du

repos et des applications glacées, à régresser (Obs. I et III).

La leucocytose avec polynucléose confirme le diagnostic. L'examen radiologique montre en général des images lacunaires qui ne sont pas superposables à plusieurs examens successifs.

Le diagnostic est basé sur :

— la répétition de crises appendiculaires atypiques en quelques mois ou quelques semaines;

— l'apparition d'une tumeur douloureuse ayant tendance à la régression accompagnée de fièvre et de nausée chez un sujet dont l'état général est peu atteint.

— la leucocytose avec polynucléose.

III. — LA FORME AIGUE

Nous rapportons 4 observations de cette forme, et fait curieux, ces 4 cas sont apparus chez des sujets ayant dépassé la soixantaine.

Le malade est pris d'une douleur brutale dans la fosse iliaque droite, suivie d'une poussée thermique à 38-39°. Il vomit, il a des nausées, et des troubles du transit. On a affaire à une crise appendiculaire typique; l'état général n'est pas atteint. Mais, quelle n'est pas la surprise du praticien de constater à l'examen la présence d'une tumeur dans la fosse iliaque droite, tuméfaction qui est douloureuse, avec point de Mac Burney précis et hyperesthésie cutanée, ayant tendance toujours à la régression. La leucocytose avec polynucléose confirme le diagnostic.

Donc celui-ci est basé sur :

- l'apparition d'une crise appendiculaire typique;
- la présence d'une tuméfaction douloureuse, avec point de Mac Burney et hyperesthésie cutanée et sa tendance à la résorption;
- la conservation de l'état général;
- la leucocytose avec polynucléose.

DIAGNOSTIC

Nous avons déjà insisté dans notre étude clinique sur les difficultés du diagnostic de l'appendicite tumorale avec le cancer et la tuberculose du cæcum.

Nombreuses sont les erreurs de chirurgiens qui ont pratiqué une hémicolectomie droite pour une simple appendicite. LERICHE en rapporte un cas célèbre : « J'ai enlevé en deux temps une tumeur cæcale, dont la nature néoplasique ne semblait pas faire de doute. La radiographie avait montré une image lacunaire au fond du cæcum, la tumeur se superposait bien au colon et on avait porté le diagnostic de cancer ou de tuberculose du cæcum ». LE DENTU, Gérard MARCHANT, de DENOULIÈRE, SCHWARTZ et HARTMANN, de GULLIARD rapportent de telles erreurs. BACHLECHNER en rapporte 4 cas. Dans 2 cas de MOST, dans un cas de BARGEN et JACOBS, des erreurs de diagnostic avec le cancer furent encore commises et sont d'autant plus compréhensibles que les déformations coliques visibles à l'écran ne sont pas dues à un refoulement par une masse extrinsèque, mais sont bien des images lacunaires par lésions pariétales. J. GOSSET dans sa thèse écrit avec juste raison : « Au fond le diagnostic dans ces cas n'est généralement fait qu'à l'ouverture de la pièce sur la constatation de l'interprète de la mu-

queuse qui est épaissie, refoulée, parfois un peu écaillée au sommet de la tumeur, mais jamais largement ulcérée ».

Nous rapportons nous-mêmes trois cas d'erreurs (Obs. IV, XIII et XIV). Le cancer apparaît chez les sujets entre 50 et 60 ans. Les signes fonctionnels n'ont rien de caractéristiques. Il y a souvent de la diarrhée, des douleurs à caractère vague, mais il n'est pas rare de noter des entérorragies. L'état général est toujours profondément atteint. L'anémie est profonde et parfois révélatrice. La tumeur est rarement douloureuse, elle n'a jamais tendance à la résolution. La leucocytose avec polynucléose est rare sauf en cas de cancer infecté. Les images lacunaires sont nettes, constantes à plusieurs examens successifs. Elles peuvent être soit partielles, constituées par des encoches arrondies ou déchiquetées, soit complètes, caractérisées par l'absence d'injection plus ou moins complète du colon. Il ne faudra pas conclure à un néoplasme devant toute image lacunaire. Elle peut être un spasme simple. On devra répéter les examens radiographiques. De même il ne faudra pas méconnaître un cancer en croyant à une lésion banale. C'est le caractère de fixité, de constance, d'organicité en un mot qui doit rendre très suspecte toute image anormale. La tumeur est superposable avec l'image radiologique du cæcum. Ce signe est très important et a permis de rétablir de nombreux diagnostics (Obs. XVIII, et de nombreux cas cités par SAUVÉ). Il ne faudrait pas retomber dans l'erreur inverse, comme dans l'observation VIII et

méconnaître un cancer en donnant une valeur absolue à cette méthode du cerclage de la tumeur. Aussi nous pensons qu'il est préférable de confirmer le diagnostic par d'autres examens. L'exploration radiologique par la méthode floculante doit dans l'avenir rétablir certains diagnostics en montrant la disparition des plis de la muqueuse. Enfin la réaction de VERNES à l'acétate de cuivre doit confirmer le diagnostic en donnant un indice supérieur à 100.

La forme tumorale, hypertrophique de la tuberculose cæcale ne prête pas moins à erreur. Elle apparaît chez les sujets de 40 à 50 ans. Les lésions tuberculeuses s'accroissent lentement, entraînant une atteinte peu profonde de l'état général, ne provoquent jamais d'anémie intense. L'image lacunaire est souvent minime et on voit prédominer l'image de STIERLIN. Quand l'infiltration tuberculeuse transforme l'intestin en un tube rigide, l'image lacunaire prend le pas sur le spasme, mais elle donne en général des images très déchiquetées, très étendues en longueur. « Mais il est parfois impossible de différencier radiologiquement cette forme hyperplasique et fibreuse de la tuberculose cæcale avec un cancer et une tumeur appendiculaire », telle est la conclusion de MAINGAUX. De MARTEL rapporte qu'en cas de tuberculose intestinale, la formule sanguine donne une augmentation des grands mononucléaires. La présence de bacilles de Koch dans les selles devrait être un bon signe, en s'assurant d'ailleurs qu'il n'existe pas de lésions pulmonaires et écarter l'hypothèse de crachats déglutis.

Mais FESSLY rapporte un cas où il y avait présence de bacille de Koch et on était en présence d'un cancer cæcal. Nous publions un cas (Obs. XIV) où la présence de bacilles de Koch dans les selles avait fait porter le diagnostic de tuberculose iléo-cæcale avec tout le pronostic qui en découle, alors qu'il s'agissait d'une appendicite tumorale. Enfin nous pensons que la réaction de VERNES à la résorcine peut apporter un élément de valeur dans la confirmation du diagnostic.

Nous concluons avec MONDOR qu'en cas de tumeur cæcale « les signes ne doivent pas être comptés, mais pesés ».

On éliminera les autres tumeurs inflammatoires :

Les tumeurs d'origine syphilitique seront reconnues par les diverses réactions sérologiques de BORDET-WASSERMANN, de HECHT, de MEINICKE, de VERNES au péréthynol, etc...

La typhlite stercorale ne donne pas une tumeur réelle et au palper on sent davantage un empâtement qu'une masse véritable. Il n'y a pas de défense musculaire. S'il s'agit d'une typhlo-colite muco-membraneuse, la présence d'un enduit membraniforme dans les selles aidera le diagnostic.

L'actinomyose iléo-cæcale sera éliminée par son extrême rareté. Elle donne une tumeur ligneuse, rapidement fixée.

On devra penser aux tumeurs fixes pariétales.

Les tumeurs de la paroi de l'abdomen ont une forme régulière, lisse, arrondie, et en outre elles sont absolument indolentes.

Les adénites tuberculeuses des ganglions iliaques sont externes, elles ont une forme lobulée. D'ailleurs ces adénopathies de la région iliaque sont très rares et les malades en ont aussi dans la région inguinale.

L'ostéosarcome du bassin. LEGUEU et BEAUSSÉNAT rapportent l'observation d'une malade présentant dans le flanc droit une masse dure qui n'est mobile dans aucun sens, masse énorme remontant jusqu'au foie, répondant en dehors à l'os iliaque et atteignant en dedans la ligne médiane. L'état général est mauvais avec fièvre et après examen sous chloroforme la dureté de la tumeur, son irrégularité, son adhérence à l'os iliaque font porter le diagnostic d'ostéosarcome de cet os. Aucune intervention n'est pratiquée. Fort heureusement la tuméfaction augmente progressivement, la fluctuation devient de plus en plus nette, alors on pose le diagnostic d'appendicite que confirme l'intervention. En général l'ostéosarcome du bassin se présente comme une tumeur très volumineuse, bosselée, adhérente, irrégulière, souvent pulsatile, gagnant habituellement la cuisse et étant souvent le siège d'une crépitation parcheminée caractéristique.

Les tumeurs malignes du mésentère se reconnaissent à leur siège habituel dans la région ombilicale et à leur mobilité dans tous les sens.

Les kystes ovariens et paraovariens apparaissent comme des tumeurs molles, peu tendues, évoluant dans la cavité pelvienne. FERRARI rapporte une observation où le toucher vaginal révélait un gros corps utérin bosselé, coiffé d'une tuméfaction sail-

lante dans le cul de sac latéral droit, masse mal délimitée qui semblait être les annexes. A l'intervention, cette masse n'est qu'un magma d'épiploïte sclérolipomateuse adhérente au cul de sac vesico-utérin et au bord supérieur du ligament large. Les tentatives de libération de cette masse révèlent brusquement en son centre la pointe d'un appendice sclérosé, constatation qui corrige le diagnostic clinique et impose la conduite opératoire.

Rétroversion utérine fixée. COLLARD, dans sa thèse (Paris 1901), rapporte une observation de POIRIER où la laparotomie faite avec le diagnostic de rétroversion utérine fixée, révèle une masse de la grosseur d'un poing fixée en arrière de l'utérus, au recto-sigmoïde et paraissant s'être développée aux dépens de ce dernier. Le dégagement de la masse découvre subitement l'appendice.

Il faudra savoir penser également à un caprice anatomique de l'appendice qui le situe en un autre point de l'abdomen, et éliminer par exemple une grosse vésicule, un rein mobile.

Les diagnostics d'un anévrysme de l'iliaque externe, d'une hernie du cæcum seront abandonnés pour leur extrême rareté.

TRAITEMENT

Le traitement de l'appendicite tumorale est essentiellement chirurgical. Nous traiterons dans ce chapitre de la technique opératoire, nous réservant le droit dans le chapitre suivant de poser les indications opératoires.

Nous décrirons successivement :

- 1°) Les voies d'abord;
- 2°) L'exploration;
- 3°) La conduite à tenir.

VOIES D'ABORD. — On pratiquera une incision qui doit être toujours importante car on se trouvera devant une lésion difficile à explorer et à opérer.

On pourra employer les incisions usitées habituellement pour la découverte de l'appendice, c'est-à-dire celle de MAC BURNEY, de JALAGUIER ou de ROUX. Ces différentes incisions peuvent être, au cours de l'intervention, agrandies autant qu'il est nécessaire vers le haut ou vers le bas.

A côté de ces incisions iliaques droites, on peut employer l'incision transversale de BAZY qui est horizontale, au niveau de l'ombilic, sectionne les muscles longs de l'abdomen, respecte ou sectionne suivant les cas la gaine du droit. Elle donne un très bon jour sur

le cæcum, le côlon ascendant, le côlon transverse et permet de faire face à toutes les éventualités.

EXPLORATION. — Les lèvres de la plaie étant bien écartées par des valves, on explore soigneusement le cæcum, l'appendice, la terminaison du grêle et les méso.

On peut se trouver en présence de deux cas :

a) le diagnostic est évident, on reconnaît aisément un abcès, un plastron de péritonite plastique.

b) le doute persiste. On croit à une tuberculose iléo-cæcale ou à un cancer du cæcum et on peut être amené à faire une héli-colectomie avec anastomose iléo-transverse. Seul l'examen anatomo-pathologique pourra trancher le diagnostic.

CONDUITE A TENIR. — Il s'agit d'une appendicite. Quelle va être la ligne de conduite ? Il faut rechercher l'appendice, ce qui est difficile car il est noyé le plus souvent au milieu d'adhérences. On ouvre quelquefois un abcès. D'autre part, l'appendice est souvent petit, quelquefois même amputé, réduit à un moignon d'un ou de deux centimètres. Pour ne pas se tromper, il faut rechercher l'angle iléo-cæcal, suivre les bandelettes cæcales, l'appendice se trouve à la jonction des trois.

L'appendice découvert, il faut l'enlever, ce qui n'est pas toujours facile en raison des adhérences. On est presque toujours obligé d'employer la voie rétrograde. On est quelquefois même obligé de mobiliser le cæcum et le côlon ascendant par décolle-

ment du méso, ce qui facilite beaucoup la voie d'abord sur l'appendice.

L'appendice est souvent friable. La ligature sur le moignon est souvent précaire. L'enfouissement est rarement réalisable en raison de l'état cartonné des parois cæcales.

On terminera l'opération :

a) en fermant complètement la paroi si l'opération a été facile et si il n'y avait pas d'abcès.

b) En mettant un drain, ou même un drainage par MICKULICZ, s'il y a abcès ou lorsque la ligature sur le moignon de l'appendice est tellement précaire qu'on peut craindre une fistule stercorale.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

L'appendicite tumorale, sous le seul effet de la médication du repos et des applications glacées, évoluera vers la régression et parfois même vers la résorption (obs. II, III, XVIII).

Il n'y a pas longtemps encore, soit que le diagnostic ne fut pas porté, soit qu'on hésitait à une intervention, il n'était pas rare de laisser la cæco-appendicite évoluer sans surveillance aucune et on pouvait voir apparaître diverses complications qui aujourd'hui ne doivent plus être rencontrées.

La plus fréquente de ces complications était l'ouverture des abcès soit à la peau soit au péritoine et même à l'intestin et à la vessie.

Selon DE BOVIS, 8 % des malades de moins de 52 ans et 8,4 % chez ceux ayant plus de 52 ans étaient atteints de péritonite.

MOSKOWICZ, TSYPKINE et NITZSCHE rapportent des observations d'hématuries, avec pyélonéphrites, cystite et même rétention d'urine.

On cite également des cas d'ictère, de pyléphlébites.

Des complications plus rares encore sont énumérées par GAND et nous ne les citerons que pour mémoire : hémorragie méningée, apoplexie pulmonaire, hépatisation rouge des poumons, infarctus du rein.

Nous sommes de l'avis de MÉRIEL qui disait : « se fier au calme trompeur de l'évolution subaiguë de l'appendicite, différer l'intervention, c'est exposer le malade aux complications graves, voire même à la septicémie qui triomphe sans peine d'un organisme inapte à la défense » et comme lui nous interviendrons immédiatement dans toute appendicite tumorale à évolution chronique et subaiguë. Une réserve doit être faite pour les appendicites à allure aiguë, où une période d'attente permettant de refroidir l'inflammation doit être préférée à l'intervention brutale (obs. II, VII). Pour DELAGENIÈRE, l'opération faite à temps guérira le malade aussi bien que s'il s'agissait d'un adulte.

SONNENBOURG fixe à 45 % la mortalité chez les opérés. GAND, sur 32 cas, notait 9 morts.

DE BOVIS, sur 46 observations avait 21 morts dont 18 non opérés. MÉRIEL fixe la mortalité à 31 %.

PRUVOST sur 26 observations constate 9 morts. Il attribuait cette mortalité aussi élevée à l'âge du malade. Sur 8 morts, 5 avaient respectivement 52, 59, 60, 61 et 77 ans. Chez ces vieillards, « l'évolution a miné l'état général en intoxiquant profondément l'organisme ». Des complications post-opératoires peuvent survenir et il cite la septicémie, la congestion pulmonaire, la pneumonie, les fistules stercorales, et les occlusions intestinales (WITTE en signale 3 cas). Et il apportait cette conclusion « Espérons voir la mortalité diminuer considérablement par un diagnostic plus rapidement porté, conduisant à une

opération plus simple que le chirurgien effectuera dans de meilleures conditions ».

L'étude de nos observations vérifie cette conclusion. En effet sur 24 cas que nous publions, nous notons 2 morts soit un pourcentage de 8,33 % et nous pensons que ce taux peut encore être abaissé grâce aux progrès qu'ont accomplis ces dernières années les méthodes radiologiques, sérologiques et surtout opératoires.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Communiquée par le Docteur RENAUDEAUX. (Appendicite tumorale à forme subaiguë).

Madame A1..., 58 ans, est soignée depuis de nombreuses années pour un état cardio-pulmonaire et pour un goître thoracique calcifié. Au point de vue pulmonaire, on note une scissurite droite et au point de vue cardiaque une hyposystolie en rapport avec le goître. Le pouls est à 120.

Brusquement, le 10 octobre 1934, à la suite d'un refroidissement, elle fait une poussée thermique, elle a un point de côté à droite, en outre apparaissent de l'inappétence et des nausées mais sans autres troubles digestifs. Les urines sont diminuées de volume.

Toute l'attention à ce moment est attirée sur le cœur et le poumon. Le métabolisme est à +45 %. Cependant l'examen clinique révélera une douleur au niveau du cæcum et du côlon droit.

Le 28 octobre, le médecin est appelé d'urgence pour une douleur violente dans le côlon droit qui était resté douloureux depuis la dernière consultation. Une secousse d'auto-bus a arraché un cri à la malade. La respiration abdominale est légèrement diminuée à droite. L'examen de l'abdomen ne montre pas d'hyperesthésie cutanée, mais une sensibilité diffuse, même à gauche.

On palpe à droite une masse arrondie, peu précise, sus-pubienne, et cependant le toucher rectal est négatif. On ne note aucun vomissement, mais la température est à 39° dans l'heure qui suit l'apparition de la douleur brutale. La numération globulaire (16.000 globules blancs) fait penser

à une réaction appendiculaire. La péritonite appendiculaire encapsulée avait évolué depuis plusieurs jours à bas bruit.

Le lendemain le 29 octobre 1934, le Docteur SOUPAULT intervient. Anesthésie générale au chlorure d'éthyle. Incision sus-iliaque droite. Le sac péritonéal est décollé sur sa face postérieure. Un peu en bas, on perçoit, dans la région rétro-cæcale une masse dure, cartonnée. On effondre au doigt le fascia. On trouve de la sérosité d'œdème et un dé à coudre de pus franc, d'odeur fécaloïde. Un drain. Deux mèches. Eau oxygénée.

Le 9 mai 1935, appendicectomie. Anesthésie au gomoforme. Incision de Mac BURNEY. A l'ouverture, abdomen libre, cœcum gros et dilaté, qui se laisse facilement extérioriser. Appendice latéro-cæcal externe, rejoignant la région sus-iliaque où il s'était abcédé. La pointe est englobée et fixée par un tractus cicatriciel que l'on dégage, ouvrant le plan sous-séreux où s'était fait l'abcès. Ni pus, ni sérosité dans cette loge qu'on referme par un point en bourse. Appendicectomie avec écrasement et enfouissement de moignon. Terminaison iléale normale. Fermeture de la paroi : péritoine à la soie, muscles et aponévrose au catgut et peau à la soie.

OBSERVATION II.

Communiquée par le D^r RENAUX, (Appendicite tumorale à forme aiguë).

Madame La..., 74 ans, est soignée depuis plusieurs années pour un syndrome de colite avec 4 à 5 selles par jour.

Le 9 mai 1936, la malade rapporte que depuis 4 ou 5 jours elle est soignée pour une bronchite et qu'elle souffre d'une douleur assez vive en ceinture, dans le haut de l'abdomen, empêchant toute respiration. Mais maintenant la douleur s'est localisée sous le foie et la malade pense à des coliques hépatiques ou à une appendicite.

La palpation montre une tuméfaction bien limitée dans la fosse iliaque droite, douloureuse. Pour juger d'un état

aigu, le Docteur RENAUDEAUX demande une numération globulaire. Devant la leucocytose élevée (12.000) et la polynucléose (85 %) il décide l'hospitalisation à l'hôpital St-Michel. Un lavement baryté est pratiqué par le Dr SERRAND radiologiste de l'hôpital St-Michel. En présence d'images lacunaires, on discute entre le diagnostic d'un spasme et d'une tumeur néoplasique. Comme signe digestif, on note une constipation depuis le 5 mai, mais ni vomissements, ni nausées. Deux jours après son admission, une nouvelle numération globulaire confirme la première (14.200 G. B. et 82 % de poly.).

Peu à peu, la tumeur diminue de volume et devient moins douloureuse. Devant cette évolution satisfaisante et en raison de l'âge, le chirurgien écarte l'opération.

Le chirurgien revoit la malade en septembre 1936, et de nouveau l'opération est déconseillée. Le transit ne montre même pas de stase iléale. Depuis, elle est suivie attentivement et aucun nouveau symptôme local n'est apparu. L'état général est excellent.

OBSERVATION III.

Communiquée par le Dr RENAUDEAUX, (Appendicite tumorale à forme subaiguë).

Monsieur Pierre Mo..., 43 ans, n'a jamais eu de crise appendiculaire lorsque *le premier janvier 1939*, il se plaint de douleurs aiguës dans la fosse iliaque droite de l'abdomen, disparaissant après 2 jours. Il n'a ni vomissement, ni douleur. Il ne pense plus à cette indisposition lorsque le :

15 janvier, il se plaint à nouveau de douleurs au même siège, encore plus violentes que la première fois. Il n'a toujours ni fièvre ni vomissements.

Le 16 janvier, il consulte le Dr RENAUDEAUX qui prescrit un examen scopique et graphique. La douleur disparaît le soir même. Il reprend son travail lorsque le :

22 janvier, alors qu'il est depuis 24 heures en observation radiologique pour l'étude du transit gastro-intestinal, il est

repris dans la nuit du 22 au 23 janvier de douleurs dans la fosse iliaque droite. Ni vomissements, ni fièvre, ni nausées. L'examen radiologique donne les résultats suivants : Il n'y a pas d'anomalie sur l'estomac, le bulbe, le duodénum. Le transit est normal à la 4^e heure. Après 4 heures 15, il y a encore de la baryte dans le grêle. Le bas fond cœcal présente des taches claires. Le cæco-ascendant est un peu étroit. La tête du repas est dans le transverse. Au bout de 5 h. 30, il y a encore de faibles traces dans l'iléon. Après 6 h. 30, l'iléon est vide. Le cæcum présente un aspect lacunaire par compression du bord interne. Ces images lacunaires ne sont pas superposables à plusieurs examens successifs. A la 8^e heure, le repas atteint le transverse. A la 9^e heure, le cæcum se termine en pointe. Un spasme apparaît sur le bord externe. Reflux dans l'iléon. La tête du repas est dans le transverse. A la 24^e heure, des traces importantes persistent dans le cæco-ascendant qui apparaît étroit, L'appendice n'est pas visible. Le malade debout, le bas fond cœcal reste haut placé. Le transverse et le descendant sont remplis ainsi que le sigmoïde. A la 48^e heure, le cæcum s'est vidé. L'ascendant est rempli ainsi que le transverse, le descendant et le sigmoïde. Une selle après la 24^e heure.

Dans les antécédents, on relève une série de pneumothorax en 1922-23-24, et une grande constipation depuis toujours.

Le 23 janvier, la palpation de la fosse iliaque droite montre une tuméfaction à limite nette, sus-pubienne, douloureuse, peu mobile. La veille, dans l'après-midi, le malade avait fait une longue promenade fatigante. Pas de vomissement, ni nausée, ni fièvre. Le pouls est à 70. Pour juger des réactions péritonéales, le D^r RENAUX décide une numération globulaire. (G. Rouges : 4.950.000, G. Bl. : 41.250, poly. 80 % 7). Devant cette leucocytose avec polynucléose, on élimine le diagnostic de tuberculose iléo-cæcale pour porter celui d'appendicite.

Le 24 janvier, la tuméfaction a des limites moins nettes, devient diffuse. La température est montée 24 heures après le début des douleurs. A noter un vomissement tardif après absorption de liquide.

Le 28 janvier. Localement la tumeur est devenue plus diffuse, à limites peu nettes, formant un véritable plastron. La fièvre décroît. Pas de vomissement. Constipation.

Le 31 janvier. La tumeur est redevenue plus nette, remontant en haut jusqu'à l'ombilic et atteignant en dedans la ligne médiane. Pas de vomissement. Une selle. Devant la régression de la tuméfaction et la diminution de la leucocytose (14.000 G. B. et 75 % de poly.), le malade est autorisé à rentrer chez lui le 3 février jusqu'à complet refroidissement.

Le 7 mars. Le malade rentre dans le service. La tumeur a complètement disparu, l'abdomen est souple. Pas de fièvre, ni vomissement. On décide l'intervention.

Le 9 mars. L'intervention est décidée. Anesthésie au rectanol. Opérateur : Docteur LUQUET. Ablation de l'appendice rétro-cæcal très enflammé présentant un coude, avec pus caséeux à son niveau. Un drain.

Le 21 mars. Le malade sort guéri.

OBSERVATION IV.

Communiquée par le Docteur CADENAT, Professeur Agrégé.
(Appendicite tumorale à forme chronique).

Madame Po..., âgée de 68 ans, entre dans le service le 3 juin 1932. Il y a 15 jours, elle a eu une crise abdominale très douloureuse, survenue très brutalement un matin au lever, avec coliques généralisées à tout l'abdomen. En même temps, elle est prise de vomissements bilieux, suivis de nausées fréquentes. La malade est obligée de s'étendre. Immédiatement, elle a une selle diarrhéique, très fétide, très abondante et liquide. Dans la journée, on compte une vingtaine de selles. Il y a également émission fréquente de gaz. Le même syndrome continue pendant 10 jours. La malade est contrainte au repos. Elle ne s'alimente pas du tout. Elle souffre toujours beaucoup, mais elle ne vomit plus. Au 10^e jour, les douleurs s'atténuent pour disparaître progres-

sivement. La malade n'a plus de gaz. Depuis 5 jours, il n'y a rien à signaler de pathologique.

Avant ces 15 derniers jours, la malade n'avait jamais rien remarqué. Elle ne souffrait pas, n'avait jamais eu aucun trouble digestif, elle n'avait jamais vomi. Ni constipation, ni diarrhée. Les selles n'ont jamais été noires, n'ont jamais contenu de sang. Les urines ont toujours été normales. Elle ne tousse ni ne crache.

Mais depuis 8 mois, elle dit avoir maigri d'au moins 6 kg. Elle a de l'anorexie, de l'asthénie. Elle a été très bien réglée jusqu'à 53 ans. La ménopause est normale. Il n'y a pas de métrorragie à signaler depuis. L'examen montre dès l'inspection un abdomen étalé, flasque, très souple. Dans la fosse iliaque droite, sur la ligne allant de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic, on peut sentir une grosseur dure, mal limitée, absolument indolore à la palpation, et spontanément. Elle est très mobile dans tous les sens. Il n'y a pas de contact lombaire. Le toucher vaginal est normal. Le toucher rectal, permet de sentir le pôle inférieur. La radiographie montre un intestin de calibre absolument normal, mobile. La recherche de sang dans les selles est négative. La numération globulaire donne les résultats suivants : Globules rouges : 4.290.000; globules blancs : 6.000. L'urée sanguine est à 0 gr. 25. Il n'y a ni sucre ni albumine dans les urines. La température oscille autour de 37°5.

Le 10 juin 1932, l'intervention chirurgicale est décidée. Opérateur : Professeur Agrégé CADENAT; Aides : MM. PALMER et BARDON. Anesthésie générale au Schleich. On pratique une laparotomie médiane, car la tumeur se remet sur la ligne médiane sans peine. Il s'agit d'une tumeur cæcale à laquelle adhère de l'intestin grêle. On pratique une hémicolectomie droite avec anastomose latéro-latérale. Fermeture en trois plans.

On fait l'examen de la pièce. On a été surpris de ne pas trouver de véritable néoplasme. On ne trouve aucune ulcération sur le tube digestif. Par contre, derrière le cæcum, il existe une poche contenant du pus qui pendant l'opération a un peu coulé et qui est développée soit autour d'un

appendice malade (on voit cet appendice sans pouvoir le suivre) soit autour d'un néoplasme de l'appendice. La pièce est envoyée au laboratoire. On fait une coupe au niveau de la partie indurée.

Un des fragments montre un débris de muqueuse normale probablement digestive, adhérente à un tissu assez lâche de type fibroïde contenant dans sa profondeur des muscles abondants et des vaisseaux. L'autre fragment est constitué par du tissu graisseux qui borde un tissu beaucoup plus dense d'aspect très inflammatoire.

Les suites opératoires sont d'abord absolument normales, puis le 7^e jour, le pouls s'accélère, la malade se plaint d'une douleur vive au mollet gauche. Elle meurt dans la nuit, au cours d'une crise d'étouffement, en l'espace d'une demi-heure. On porte le diagnostic d'embolie.

OBSERVATION V.

Communiquée par le D^r RÉCAMIER. (Appendicite tumorale à forme chronique).

Sœur M.-J..., âgée de 49 ans, entre le 5 juillet 1937 dans le service pour une tumeur très dure, du volume de deux poings, siégeant dans la fosse iliaque droite. Elle est très douloureuse. Pas de vomissements, ni nausées. La fièvre est nulle. La tumeur évolue depuis trois semaines environ, adhère aux plans profonds de plus en plus.

Le 9 juillet, l'intervention est décidée. On fait une laparotomie médiane. On décolle la masse le plus possible. On tombe sur des ganglions apparemment inflammatoires. La masse est formée par le cæcum et la fin de l'iléon. Elle a un aspect inflammatoire et non tumoral. Il n'y a pas de pus. On pose alors le diagnostic d'appendicite probablement ancienne. Mikulicz. Fermeture aux bronzes.

La malade sort le 25 juillet, bien portante.

OBSERVATION VI.

Communiquée par le D^r RÉCAMIER. (Appendicite tumorale à forme aiguë).

Madame La..., âgée de 62 ans, est admise dans le service le 20 avril 1935 pour une crise d'appendicite apparue il y a 10 jours avec vomissements bilieux et nausées. Actuellement la douleur a disparu, mais la palpation, quoique difficile à cause de l'obésité de la malade, montre une tuméfaction, à limites imprécises, peu douloureuse, siégeant dans la fosse iliaque droite. On laisse refroidir pendant 15 jours.

Le 5 mai 1935, l'intervention est décidée. On tombe sur une grosse masse simulant une tumeur du cæcum dans laquelle il est difficile d'isoler l'appendice. Du pus s'écoule. La paroi cæcale est hypertrophiée, épaisse de 2 cm. au moins. Drains, mèches.

L'examen histologique fait faire le diagnostic d'appendicite chronique. Les follicules clos sont hypertrophiés. Les parois appendiculaires sont épaissies, surtout la tunique musculaire externe qui est œdématiée et infiltrée de lymphocytes et de plasmocytes ainsi que le tissu adipeux adjacent.

La malade sort bien portante le 25 mai.

OBSERVATION VII.

Communiquée par le Professeur LENORMANT (appendicite tumorale à forme aiguë).

Madame Go..., âgée de 59 ans est admise dans le service le 9 mai 1936 pour une crise appendiculaire évidente datant déjà de plusieurs jours. La malade obèse, est difficile à examiner. Malgré tout, on perçoit une grosse tuméfaction dans la fosse iliaque droite, peu mobile, douloureuse, à limites imprécises. La température oscille autour de 38°5. La leucocytose est à 9.000. Mise au repos et à la glace, la tuméfaction diminue peu à peu et semble avoir disparu. Mais la palpation est difficile. La température revient peu

à peu à la normale. La leucocytose tombe successivement à 7.000 et à 5.000. L'intervention chirurgicale est décidée le 1^{er} juin. Opérateur : P^r LENORMANT. Anesthésie générale à l'éther. Incision de Mac Burney avec dissociation des muscles. La couche graisseuse sous-péritonéale est très épaisse. L'ouverture du péritoine est faite en zone libre. On tombe d'abord sur le grêle, puis sur le cæcum, très rouge et congestionné. Derrière le cæcum, et faisant bloc avec lui, on perçoit un fragment inflammatoire que l'on dissocie et où l'on reconnaît l'appendice dont l'extrémité se perd dans un foyer renfermant encore un peu de pus et du caséum. Appendicectomie. Un drain est mis dans le foyer. Suture de la paroi au catgut et aux crins. Pas d'enfouissement, ni moignon.

La malade sort bien portante le 20 juin.

OBSERVATION VIII.

Communiquée par le D^r SAUVÉ. (Cancer du cæcum simulant une appendicite tumorale à forme chronique).

Madame Br..., âgée de 56 ans, entre le 10 septembre 1938 dans le service pour des douleurs de la fosse iliaque droite qui durent depuis trois semaines. A la palpation on sent au niveau de la fosse iliaque droite une grosseur du volume d'une mandarine douloureuse. Il n'y a pas de vomissement, mais elle a des nausées depuis l'apparition des douleurs. La constipation est à noter depuis le début des troubles. Les touchers vaginal et rectal ne montrent rien de particulier. Dans les antécédents, on note il y a 6 ans un ictère. Elle est ménopausée depuis 10 ans. La tension artérielle est de 8,5/5,5.

Le 15 septembre, une radioscopie est effectuée par le D^r SAUVÉ. Sur le fond du cæcum se dessinent des images lacunaires. On fait le cerclage de la tumeur, mais étant donné que la tumeur siège à deux ou trois travers de doigt au-dessous du fond du cæcum, on peut supposer qu'il s'agit

d'une masse appendiculaire. On pratique des numérations globulaires à différentes reprises :

Le 19 septembre : Hématies	4.320.000
Leucocytes	9.900
Hémoglobine	90 %
Poly neutro	65 %
Poly éosino	1 %
Mononucléaires gr.	5 %
Mono moyens	10 %
Lymphocytes	19 %

Le 26 septembre : Hématies	4.140.000
Leucocytes	8.100
Hémoglobine	90 %
Poly neutro	65 %
Poly éosino	1 %
Mono grands	4 %
Mono moyens	9 %
Lympho	19 %

Le 28 septembre : Hématies	3.360.000
Leucocytes	16.200
Hémoglobine	75 %
Poly neutro	72 %
Poly baso	1 %
Mono grands	11 %
Mono moyens	7 %
Lympho	5 %

Le 29 septembre, l'intervention chirurgicale est décidée. Anesthésie générale à l'éther. Opérateur : D^r SAUVÉ. A l'ouverture de l'abdomen, l'épiploon est adhérent à la paroi. On décolle l'épiploon. L'essai de décollement de la région iléo-cæcale est infructueux, même après incision du péritoine pariétal postérieur. Au cours de ces manœuvres de décollement au doigt, la terminaison de l'iléon est ouverte. Le décollement est repris. On constate alors que le fond du cæcum est le siège d'une tumeur dure comme du bois. J'introduis alors dans l'iléon un tube non perforé sur lequel je

suture l'ouverture de l'iléon. Cette zone de suture est elle-même fixée au péritoine et aux muscles par quatre points au catgut.

La malade est faible les jours suivants. On lui fait successivement de la spartéine, de l'eucalyptine, 500 gr. de sérum glucosé, de la théobromine. Elle meurt de congestion pulmonaire le 2 décembre.

OBSERVATION IX.

Communiquée par le Docteur SAUVÉ. (Appendicite tumorale à forme chronique).

Madame To... Marie, âgée de 62 ans, entre dans le service le 7 décembre 1938 pour des douleurs abdominales, localisées à droite, ayant débuté il y a 8 jours. Ce sont des douleurs intermittentes, sourdes, sans irradiation, accompagnées d'une douleur au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure. La malade n'est jamais constipée. Elle a 7 à 8 selles par jour. Depuis trois semaines environ, les selles sont encore plus nombreuses, elles sont diarrhéiques. Tous les matins, depuis 8 jours, elle a des vomissements bilieux. Les nausées sont fréquentes.

Elle a été ménopausée à 48 ans. Elle a toujours été bien réglée. Aucun antécédent sérieux n'est à signaler. La tension artérielle est de 15/7. A l'examen, l'abdomen est souple. Il est légèrement douloureux. Dans la totalité de la fosse iliaque droite, on perçoit une masse dure, douloureuse, lisse, de volume de deux poings. Au toucher vaginal, on sent vaguement une masse à droite, la malade se laissant mal examiner.

Deux numérations globulaires sont pratiquées successivement.

Le 8 décembre : Hématies	4.400.000
Leucocytes	7.800
Hémoglobine	80 %

Le 14 décembre : Hématies	3.500.000
Leucocytes	6.000
Hémoglobine	80 %

L'urée sanguine est à 0,36. Une scopie pratiquée par le Docteur SAUVÉ montre une tumeur inflammatoire indépendante du cæcum.

L'intervention chirurgicale est décidée le 22 décembre 1938. Opérateurs : D^r SAUVÉ et D^r MOUCHOTTE. On fait une laparotomie médiane exploratrice. On constate qu'il s'agit d'une appendicite méso-cœliaque avec formation d'un petit abcès accolé à la face interne du cæcum. Libération de l'appendice. Drainage. Mickulicz.

La malade fait les jours suivants une fistule stercorale. Une congestion pulmonaire apparaît avec défaillance cardiaque. Malgré un traitement par eucalyptine, du sérum, spartéine, coramine, solucamphre, pressyl, la malade meurt le 13 janvier 1939.

OBSERVATION X.

Communiquée par le Docteur SAUVÉ (appendicite tumorale à forme aiguë).

Madame X..., âgée de 57 ans, a une crise appendiculaire le 5 novembre 1938, apparue subitement avec température à 39°5 et frissons. Les jours suivants la température oscille entre 38 et 39°5. Il n'y a pas de vomissement. L'examen de la fosse iliaque droite permet de palper une grosse masse douloureuse et dure, mate à la percussion. On pose le diagnostic d'appendicite avec plastron.

L'intervention chirurgicale est décidée. Opérateur : D^r SAUVÉ. On fait une incision dans la fosse iliaque droite. Il s'écoule un liquide séro-purulent. On tombe sur une masse ressemblant à un kyste. Sa ponction ne ramène pas de liquide. L'appendice n'est pas vu. On pose un drain dans le Douglas, un autre dans la fosse iliaque droite avec trois mèches. On pense à une tumeur du cæcum.

Après 4 semaines, la température oscillant entre 37°5 et 39°, revient à la normale. La tumeur disparaît progressive-

ment. Actuellement sa santé est parfaite. Il s'agissait donc d'une appendicite à forme de tumeur.

OBSERVATION XI.

Communiquée par le Docteur MILHIET. (Appendicite tumorale à forme chronique).

Madame R..., âgée de 56 ans, entre dans le service le 14 novembre 1938. Elle fut toujours bien portante jusqu'en janvier 1938, date à laquelle elle se plaint de douleur aiguë dans la fosse iliaque droite, accompagnée d'une fièvre à 38°, 39°. Il n'y a pas de vomissements. Les selles sont normales. Cette crise dure 5 à 6 jours et s'atténue progressivement, sans autre traitement que le repos au lit. Jusqu'en octobre, il n'y a rien à signaler sauf un amaigrissement marqué et une perte de l'appétit. Vers le 15 octobre, elle est reprise d'une douleur abdominale sans fièvre. Elle se plaint de tiraillements dans la fosse iliaque droite et à l'épigastre survenus peu après le repas de midi. Les phénomènes douloureux se sont prolongés jusqu'à 10 heures du soir. Un médecin appelé institue une thérapeutique dont l'objet est difficile à faire préciser par la malade. Une purgation semble-t-il. Elle est soulagée momentanément, mais les jours suivants la malade se plaint de douleurs encore plus violentes accompagnées de fièvre. Plusieurs injections de propidon sont faites. Devant la persistance des troubles, le Docteur MILHIET est appelé et la fait hospitaliser à l'hôtel-Dieu. La malade a eu de la glace sur la fosse iliaque droite qu'elle a conservée jusqu'à son entrée dans le service. Le transit de la malade semble avoir été normal avant les phénomènes décrits. Il n'y a pas eu de vomissements, sauf une seule fois semble-t-il, un petit, 8 jours après le début des phénomènes douloureux.

Il n'y a rien à noter de particulier dans les antécédents.

A son entrée, on remarque quelques vergetures sur l'abdomen. La peau est sèche. L'abdomen est de volume normal.

Il n'y a pas de circulation collatérale. L'hypocondre et la fosse iliaque gauche sont souples. L'hypocondre droit se laisse déprimer, mais la palpation superficielle de la fosse iliaque droite réveille des gargouillements sonores. La palpation profonde note une tuméfaction infiltrée, irréductible et réveille une légère douleur. On a affaire à une masse très dure, tenant à l'arcade, si profonde et si adhérente à l'os que le diagnostic d'ostéosarcome de l'os iliaque s'est posé. Cette masse est longue de 10 cm. et haute de 5 cm. En outre, à droite, on note des ganglions inguinaux, durs, mobiles, indolents, roulant sous le doigt. La tuméfaction est mate à la percussion. La température est à 38°, le pouls à 80. Il n'y a ni sucre, ni albumine dans les urines. L'urée sanguine est à 0 gr. 30. La numération globulaire donne les chiffres suivants :

Globules rouges	3.320.000
Globules blancs	15.000
Polynucléaires	76 %

La radiographie par lavement baryté ne donne pas d'image très nette, par contre la radiographie par transit baryté montre à cette date une amputation du côlon ascendant, amputation absolue qui s'étend sur 10 cm. environ au-dessus de l'angle iléo-cæcal.

De jour en jour, la masse iliaque semble diminuer. Le 3 décembre, la palpation de la fosse iliaque droite réveille encore quelques gargouillements, mais très atténués. Les ganglions inguinaux ont disparu. Fait capital, l'empatement profond, noté à l'arrivée de la malade, a à peu près disparu. On sent encore une très légère infiltration profonde, tout à fait dans la partie externe de la fosse iliaque droite.

Tous les signes cliniques s'étant amendés pendant ces trois semaines, une nouvelle numération est faite :

Globules rouges	4.000.000
Globules blancs	9.500
Poly	64 %
Eosino	11 %

Un nouveau transit baryté montre à la radiographie une

image lacunaire ou pseudo-lacunaire très réduite qui siège sur le côlon ascendant, au-dessus de l'angle iléo-cæcal. Cette image haute de quatre centimètres seulement.

En somme la nette amélioration clinique et sanguine n'a été suivie que par une légère amélioration radiologique, puisque l'image diminuée persiste encore.

L'intervention chirurgicale est décidée le 7 décembre. On fait une rachianesthésie. Incision transversale. On met à jour un très petit appendice, plaqué contre la gaine du psoas dans laquelle il y a un abcès bien collecté. Ablation de l'appendice. Mickulicz.

Après l'intervention chirurgicale, la température oscille pendant 6 jours entre 37° et 38°5, puis redescend progressivement vers la normale. La malade sort bien portante vers le milieu du mois de janvier.

Revue le 18 février 1939, la malade est en bon état général. L'appétit est revenu. La fosse iliaque droite est souple.

OBSERVATION XII.

Communiquée par le D^r SICARD. (Appendicite tumorale à forme chronique).

Au mois de septembre 1937, je suis appelé à examiner une femme de 48 ans chez laquelle la découverte d'une tumeur de la fosse iliaque droite semble justifier l'inquiétude de son médecin, d'autant plus que depuis deux mois la malade maigrit, perd ses forces, manque d'appétit.

Sous une paroi facile à palper, je sens parfaitement cette masse fixée dans le fond de la fosse iliaque, sur laquelle les plans superficiels glissent facilement, et qui, du volume d'une grosse orange, est absolument indolore à la palpation. Il n'y a pas de trace de plastron. Il s'agit bien d'une tumeur. Par élimination, le diagnostic de tumeur intestinale paraît probable. Mais je n'admets pas d'emblée celui de néoplasme parce que l'interrogatoire révèle que le

début de la maladie a commencé brusquement il y a deux mois par des douleurs dans la fosse iliaque droite, quelques nausées sans vomissement, une température à 38°5 pendant quelques jours.

Une numération globulaire montre une leucocytose à 16.000 avec 82 % de poly. La radiographie après lavement baryté et limitation de la masse palpable au fil de fer localise la tumeur en dehors de l'intestin.

Le diagnostic d'appendicite me paraît probable et je conseille la temporisation avec glace sur le ventre.

On assiste à une résorption progressive et très lente de la tumeur et quand je revois la malade au mois de décembre, je ne trouve plus rien dans la fosse iliaque. Il a fallu près de trois mois pour que la tumeur disparaisse.

Après une nouvelle numération globulaire (leucocytose à 7.400 avec 64 % de poly.) j'opère le 26 janvier 1938 sous anesthésie générale et je pratique très simplement une appendicectomie. La pointe de l'appendice était enchâtonnée par l'épiploon que j'ai dû réséquer; tout le reste de l'organe était libre. Sauf cette adhérence épiploïque, il ne restait aucun vestige de la tumeur initiale.

Revue récemment, la malade, depuis l'intervention, a repris une vie normale et se porte très bien.

OBSERVATION XIII.

Communiquée par le D^r SICARD. (Appendicite tumorale à forme chronique).

Madame D..., âgée de 65 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 30 mars 1936 pour des douleurs abdominales qui datent de deux mois environ, à début progressif, et qui se sont accompagnées d'un syndrome sub-occlusif avec vomissements, constipation et gêne dans l'évacuation des gaz.

On découvre dans la fosse iliaque droite une tumeur assez peu mobile, sensible à la pression, irrégulière, semblant se prolonger avec l'intestin, mate à la percussion et qui, étant

donné l'âge de la malade, son amaigrissement progressif, me fait porter le diagnostic de cancer du cæcum; l'examen radiographique le confirme, montrant une irrégularité très nette du fond du cæcum.

La température oscille autour de 38°. La leucocytose est à 18.000 avec 88 % de poly.

J'interviens sous anesthésie générale le 23 avril 1936. Il s'agit d'une appendicite avec grosse participation épiploïque et adhérences au cæcum. La lésion est mal refroidie. On trouve quelques gouttes de pus au niveau de la pointe. L'appendicectomie est laborieuse et se termine par un drainage par mèche et drain.

Les suites sont simples et la malade sort guérie le 21 mai 1936.

OBSERVATION XIV.

Communiquée par le D^r SICARD. (Appendicite tumorale à forme chronique).

Monsieur T. L..., âgé de 45 ans, garçon d'amphithéâtre à la Faculté de Médecine est un ancien gazé de guerre qui a été réformé pour tuberculose pulmonaire et qui, à différentes reprises, a présenté de petits réveils évolutifs avec présence de Bacille de Koch dans les crachats. Je le connais depuis déjà plusieurs années. Je le sais de santé fragile, je n'ignore pas qu'il vit dans un milieu lourd d'antécédents bacillaires, si bien que, en mai 1938, quand il me raconte qu'il traverse actuellement une période de plus grande fatigue avec amaigrissement, inappétence, douleurs abdominales et diarrhée, je pense tout de suite à la possibilité d'une tuberculose intestinale.

Je palpe la fosse iliaque et y découvre une tumeur mobile transversalement, roulant sous le doigt, du volume d'une orange environ, à peine douloureuse à la pression. Le reste de l'abdomen est souple, mais sensible dans son ensemble.

Je demande un examen bactériologique des selles. On me

répond : présence de bacilles de Koch. Je m'assure bien entendu qu'il n'existe pas de lésion pulmonaire actuellement évolutive, pour écarter l'hypothèse de crachats déglutis. Une radiographie rassure à ce point de vue et un examen des crachats est négatifs.

Une radiographie du côlon ne semble laisser aucun doute sur l'origine intestinale de cette tumeur qui se traduit par une image lacunaire du fond du cæcum.

L'état général n'est pas bon. La température oscille autour de 38°. La leucocytose est à 10.200 avec 82 % de polynucléaires.

J'opère le 21 mai 1938 avec le diagnostic de tuberculose iléo-cæcale et l'intention de pratiquer une colectomie droite en deux temps. Je découvre une énorme péricolite droite et au milieu d'adhérences épiploïques qui formaient la masse tumorale, un appendice presque entièrement amputé qui n'est plus représenté que par un petit cordon fibreux de deux centimètres. Je pratique une appendicectomie avec enfouissement. J'explore minutieusement la totalité de l'intestin car il me faut chercher une explication à la présence de bacilles dans les selles; l'exploration reste entièrement négative et je referme la paroi sans drainage.

Les suites opératoires sont simples et le malade sort guéri au 15^e jour. De nouvelles recherches de B. K. ont été effectuées dans les selles et dans les expectorations. Elles ont été toutes négatives et j'ai dû me résoudre à l'hypothèse d'une erreur de laboratoire pour expliquer la réponse de la première analyse copologique qui avait favorisé mon erreur de diagnostic.

J'ai su depuis que mon malade ne souffrait plus, que les fonctions intestinales étaient régulières et normales et me suis repenti d'avoir alarmé son entourage par un diagnostic que les circonstances m'avaient laissé croire sans discussion.

OBSERVATION XV.

Rapportée par le D^r FIGARELLA dans « le Bulletin et mémoire de la Société de Chirurgie de Marseille ». (Appendicite tumorale à forme chronique).

Monsieur S. D..., âgé de 67 ans est hospitalisé à l'Hôtel-Dieu, le 3 juillet 1933, pour des phénomènes douloureux de la fosse iliaque droite. Le malade fait remonter le début de ses troubles à deux ans. A cette époque, se produisit pour la première fois, une crise douloureuse dans la fosse iliaque droite, sans vomissements, ni fièvre, mais avec une absence complète de selles pendant une semaine. Cette crise est suivie d'une période de troubles digestifs : inappétence, constipation, digestions difficiles, amaigrissement. Quatre crises semblables se sont reproduites, laissant chaque fois le malade dans un état général plus mauvais et chaque fois suivie d'une constipation plus marquée.

La crise actuelle a débuté il y a 15 jours par des douleurs vives dans la fosse iliaque droite, douleurs se reproduisant à intervalles irréguliers avec des périodes d'accalmie complète. Il n'y a plus eu de selles depuis 10 jours. Pas de vomissements.

A l'examen, le malade présente un aspect général mauvais, amaigri, le teint jaunâtre, les yeux cernés, la langue sèche. La température est à 37°8. Le pouls à 80. Dans la fosse iliaque droite, au-dessus de l'arcade rurale, on perçoit une tumeur du volume d'une orange dure, douloureuse à la pression. Elle n'adhère pas à la paroi abdominale antérieure et paraît très peu mobile sur la paroi abdominale postérieure. Elle est mate à la percussion. On s'oriente vers le diagnostic de néo du cæcum.

Un examen du sang pratiqué révèle une leucocytose importante avec légère polynucléose. Une radiographie est pratiquée après lavement selon la méthode de SAUVÉ. Il s'agit d'une tumeur extra-intestinale, et vraisemblablement d'une appendicite à forme tumorale.

L'absence de signe d'occlusion permet de tenir le ma-

lade en observation. La tumeur iliaque régresse progressivement.

L'intervention chirurgicale est pratiquée le 18 juillet 1933. Anesthésie générale à l'éther. Incision de Roux. Le péritoine incisé, on arrive au niveau d'un magma dur situé très bas, dans la fosse iliaque. Le cæcum est replié sur lui-même. L'épiploon est libéré et réséqué en dedans de la tumeur. Le cæcum est extériorisé. L'appendice apparaît coudé, profondément couché en arrière et au-dessous du cæcum. Ablation de l'appendice avec enfouissement. Drain.

Le malade sort guéri le 15^e jour.

L'examen anatomo-pathologique de l'appendice montre l'existence d'une inflammation subaiguë à tendance nécro-sante et néoformatrice très accentuée.

OBSERVATION XVI.

Rapportée par le Docteur VERNÉJOUL dans le « Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie de Marseille ». Appendicite tumorale à forme chronique (Résumé).

Madame T..., âgée de 82 ans, présente depuis deux mois des crises abdominales de la fosse iliaque droite avec température n'ayant jamais dépassé 38°, crises douloureuses s'accompagnant de troubles digestifs, constipation opiniâtre et d'une altération plus ou moins marquée de l'état général. Au bout d'un mois, apparaît dans la fosse iliaque droite une tumeur dure, très peu mobile sur les plans profonds, sensible à la pression. La radiographie ne peut être pratiquée. Elle augmente de volume les jours suivants. On pense à un abcès périnéoplasique et lorsque je suis appelé auprès de la malade, deux mois après le début de l'affection, je constate l'existence d'une tumeur de volume d'une très grosse orange, tumeur dure dans sa partie interne, ramollie au niveau de la fosse iliaque interne. Sous anesthésie locale, une incision pratiquée jusque dans le péritoine donne issue à un pus abondant, crémeux, fétide. L'exploration n'est pas poussée

plus loin, le drainage de la collection est largement assurée et dans les jours qui suivent l'état général s'améliore rapidement. La tumeur persistant en dedans de la collection diminue peu à peu de volume et deux mois après l'intervention, toute trace de tumeur a disparu. La fosse iliaque droite est souple. Toute idée de tumeur néoplasique doit être écartée. L'appendice n'a pas été enlevé par suite de l'âge de la malade.

OBSERVATION XVII.

Rapportée par le Docteur VERNÉJOUL dans le « Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie de Marseille ». Appendicite tumorale à forme chronique (Résumé).

Une femme de 65 ans, cuisinière, qui est pour la première fois, prise le 5 novembre 1930 de douleurs vives dans la fosse iliaque droite avec température à 39°, sans vomissement. Le diagnostic d'appendicite est porté. La température tombe progressivement, alors que les douleurs persistent apparaît une tuméfaction étalée dans la fosse iliaque droite. C'est une tumeur bosselée, légèrement mobile. Une radiographie montre que la tumeur siège au-dessous du cæcum. La malade refuse toute intervention. Elle est traitée par la glace et la vaccinothérapie. On assiste à la régression progressive et à la disparition complète de toute trace de tumeur.

OBSERVATION XVIII.

Rapportée par le Docteur VERNÉJOUL dans le « Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie de Marseille ». Appendicite tumorale à forme chronique (Résumé).

Monsieur M. V..., vient consulter en mars 1932. Il a maigri depuis 4 mois, perdu l'appétit, et présente dans la fosse iliaque droite une tumeur indolore de volume d'une grosse

orange. Cette tumeur remonte à trois mois. On a porté le diagnostic de tuberculose. L'examen radiographique montre l'indépendance complète du cæcum. Le diagnostic de tumeur cæcale doit être abandonné. Le malade est mis au lit, glacé, et la tumeur diminue. Quinze jours plus tard, l'intervention est pratiquée, l'appendice est entouré d'un plastron, au centre duquel se trouve du pus. Après résection épiploïque, l'appendice est enlevé, la fosse iliaque drainée. Guérison en 20 jours.

OBSERVATION XIX.

Rapportée par J. DRIESSENS et MALATRAY à la Société de Médecine du Nord. Appendicite tumorale à forme chronique (Résumé).

Monsieur D..., âgé de 40 ans, vient pour une tuméfaction du flanc droit, de volume du poing, lisse, dure, douloureuse au palper, fixée aux plans profonds. Depuis plusieurs mois, des troubles douloureux se manifestent dans l'hypocondre droit, évoluant par crises, calmés en décubitus dorsal.

L'état général est bon, mais on note un léger amaigrissement. Pas de signes fonctionnels sauf de la constipation et de la diarrhée. On pense à un néo ou à une tuberculose. Le transit montre au niveau du cæcum une image par soustraction avec aspect lacunaire. Les déformations sont un peu variables selon les clichés. On écarte le diagnostic d'appendicite avec adhérence.

L'intervention montre un cæcum gros, distendu, à parois manifestement épaissies, cartonnées, mais sans aucune altération superficielle. Cette masse tumorale adhère fortement aux plans postérieurs. On trouve l'appendice rabougri, épaissi, en position rétro-cæcale, très adhérent à l'intestin. On pense à une appendicite à forme plastique pseudo-néoplasique, mais dans le doute on pratique une anastomose iléo-colique latéro-latérale, à 12 cm. du bas fond cæcal, se réservant le droit d'intervenir après examen microscopique. Celui-ci confirme le diagnostic d'appendicite banale.

OBSERVATION XX.

Rapportée par J. DRIESSENS et MALATRAY à la société de Médecine du Nord. — Appendicite tumorale à forme chronique. — Résumé.

Une femme de 36 ans présente depuis quelques mois des douleurs appendiculaires avec paroxysmes, accompagnées d'accès fréquents de constipation avec diarrhée. La malade accuse de l'inappétence, un peu de fatigue et quelques nausées. Il y a un léger empâtement profond de la région appendiculaire. Le point de Mac Burney est nettement douloureux. On pense à une appendicite chronique. L'état général est excellent.

L'intervention permet de constater l'existence d'un cæcum extrêmement volumineux, induré, à parois irrégulières, qui sont tapissées d'adhérences à la paroi et aux organes voisins. L'appendice est retrouvé au milieu d'un véritable magma d'adhérences et on pose le diagnostic de lésions inflammatoires banales. On se contente de libérer les brides menaçant de compromettre le calibre de l'intestin et on prélève quelques fragments aux fins d'examens. Guérison.

L'examen histologique confirme le diagnostic.

OBSERVATION XXI.

Rapportée par BANZET dans « Bulletin et mémoire de la Société nationale de chirurgie ». — Appendicite tumorale à forme subaiguë. — Résumé.

Monsieur B..., âgé de 30 ans, vient consulter en Septembre 1932. Il y a 6 mois, il a une crise appendiculaire, durant trois heures. Mais depuis Avril s'installe une sensation de fatigue permanente sans trouble digestif. Mais à l'examen, on découvre une tumeur de la fosse iliaque droite, dure, légèrement, douloureuse, fixée. La radiographie ne montre

pas d'image lacunaire. L'appendice n'est pas visible. La numération globulaire révèle une leucocytose à 6.200 avec 60 % de polynucléaires.

L'intervention chirurgicale est décidée. On tombe sur une tumeur qui a le volume d'une pomme de terre, fixée au fond de la fosse iliaque, se continuant en haut sans limite nette avec le cæcum. On parvient à trouver un plan de clivage qui permet de séparer la partie supérieure de la tumeur du fond du cæcum et on aperçoit la base de l'appendice qui se perd dans la masse. Appendicectomie sans enfouissement.

Le malade sort guéri 25 jours après l'opération.

OBSERVATION XXII.

Rapportée par Alb. MOUCHET dans « Bulletin et Mémoire de la Société de chirurgie de Paris ». Appendicite tumorale à siège anormal. Résumé.

Monsieur V..., 75 ans, sans passé pathologique, consulte pour une tumeur de la région inguino-scrotale droite. Depuis 12 ans, il présente une hernie inguinale de ce côté. Mais depuis 10 mois, la tumeur est devenue plus dure. La palpation montre une tumeur, nettement séparée du testicule, très dure, douloureuse, du volume d'un œuf de pigeon, faisant corps avec le cordon.

L'intervention chirurgicale est décidée. A l'ouverture du sac herniaire, au niveau de son collet, on trouve l'appendice cæcal très congestionné, muni d'un méso hypertrophié, et présentant une extrémité distale ovoïde, irrégulière, infiltrée, faisant intimement corps avec les éléments du cordon. Ligature du méso, puis de l'appendice avec enfouissement. Guérison.

L'examen histologique confirme le diagnostic de périappendicite subaiguë.

OBSERVATION XXIII.

Rapportée par LOMBARD dans « Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie de Paris ». (Appendicite tumorale à forme chronique). Résumé.

Homme de 68 ans, entré le 1^{er} septembre 1924 avec le diagnostic de tumeur de la fosse iliaque droite. Le début remonte à la seconde quinzaine de Juillet. Il a été pris d'élancements douloureux, dans la moitié droite du ventre, se produisant après le repas. Pas d'autres troubles digestifs. Le 15 août, il est pris d'une douleur plus violente dans la fosse iliaque droite avec vomissements alimentaires. Depuis il maigrit, il perd l'appétit, son teint devient jaunâtre. A son entrée, il présente une tumeur de volume d'une grosse orange, très dure, à contours nets et à peu près régulièrement arrondie. Le cæcum, à la radiographie, présente une encoche triangulaire, nette, dont la pointe est intracæcale. Il y a une leucocytose à 9.500 avec polynucléose à 72 %. La recherche de sang dans les selles est négative. On pose le diagnostic d'appendicite. A l'intervention, on atteint à la face postérieure de la tumeur une poche fluctuante qu'on effondre, donnant issue à 300 gr. de pus crémeux et fétide.

Fin décembre, le malade est complètement guéri.

OBSERVATION XXIV.

Rapportée par DELAUNAY dans l'Echo médical du Nord. Appendicite tumorale à forme chronique. Résumé.

M. P., 50 ans, est opéré avec le diagnostic de néoplasme du cæcum. La radio montre une amputation du bas fond cæcal par une tumeur à bords découpés, dentelés et par endroits marécageux. Il n'y a jamais eu de fièvre. A l'intervention, on tombe sur un cæcum dépoli, rigide, à parois épaisses et denses. On pense plutôt à une tuberculose iléo-cæcale. On fait une hémicolectomie droite.

Mais l'examen microscopique de la pièce ne montre pas de lésions ni tuberculeuses, ni néoplasiques, et on doit porter le diagnostic d'appendicite tumorale.

Guérison.

OBSERVATION XXV.

Rapportée par MOIROUD et SAUVET dans « Bulletin et Mémoire de la Société de chirurgie de Marseille ». Appendicite tumorale à forme subaiguë. Résumé.

Une femme de 35 ans entre avec le diagnostic probable d'appendicite. Point de Mac Burney douloureux, mais pas de vomissements. Depuis deux mois, elle a des coliques légères avec émission à plusieurs reprises de sang noir par l'anus. L'examen révèle dans la fosse iliaque droite une petite induration profonde et dure, de dimension d'un œuf de poule. On constate à la radiographie du cæcum un aspect lacunaire qui correspond au point douloureux.

A l'intervention, le cæcum porte sur son segment externe une masse tumorale, à allure inflammatoire, fortement adhérente à l'intestin. Au centre on voit l'appendice, coudé près de sa base et portant par place de petites zones de sphacèle très limitées. Appendicectomie.

Guérison simple.

CONCLUSIONS

A) L'appendicite tumorale apparaît après 30 ans, avec un maximum de fréquence entre 30 et 50 ans.

Elle est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes.

C'est surtout à partir des appendices rétro-cæcaux qu'elle se développe.

B) Au point de vue anatomo-pathologique, elle se présente comme une cæco-appendicite. On peut distinguer trois formes :

1°) La forme scléro-lipomateuse où le cæcum apparaît comme une masse cartonnée, dure, à la face postérieure de laquelle évolue en général un abcès.

2°) La forme ligneuse où le cæcum, enflammé également est repoussé par une masse inflammatoire, péritonéale parsemée de granulations purulentes.

3°) La forme abcès. Celui-ci siège derrière le cæcum et peut évoluer dans la gaine du psoas.

C) L'étude clinique permet de diviser l'appendicite tumorale en trois groupes :

1°) Une forme chronique, évoluant sur plusieurs semaines et même plusieurs mois. Le diagnostic est

porté sur la constatation dans la fosse iliaque droite d'une masse douloureuse à la pression et spontanément, survenant après une période thermique et douloureuse avec atteinte de l'état général. Sous écran radiologique, cette masse se montre à siège extra-intestinal. Il y a de la leucocytose avec polynucléose. Et en outre le diagnostic peut être confirmé par un examen radiologique selon les méthodes floculantes et par les réactions de Vernes.

2°) Une forme subaiguë où les crises appendiculaires se répètent avant l'apparition de la tumeur.

3°) Une forme aiguë où la crise appendiculaire et la tumeur apparaissent au même moment.

Dans ces deux dernières formes, la leucocytose avec polynucléose rendra le plus grand service.

D) L'étude de l'appendicite tumorale tire surtout son intérêt par le problème du diagnostic qu'elle pose. Deux affections sont principalement à éliminer :

1°) Le cancer du cæcum constitué par une masse de la fosse iliaque droite, indolore, qui sous écran est à siège intestinal, apparaissant chez un sujet âgé, à mauvais état général, et anémié. La réaction de Vernes à l'acétate de cuivre donne un indice supérieur à 100.

2°) La tuberculose hypertrophique iléo-cæcale apparaissant chez les sujets plus jeunes, à bon état général. Elle est constituée par une masse s'accrois-

sant lentement. La réaction de Vernes à la résorcine donne un indice supérieur à 30.

D'autres diagnostics sont également à éliminer : tumeur syphilitique ou actinomycosique, adénite tuberculeuse des ganglions iliaques ou mésentériques, ostéosarcôme du bassin, tumeur maligne du mésentère, typhlite stercorale, affection annexielle, kystes ovariens et para-ovariens et quelquefois même rétro-version utérine.

E) Le traitement est essentiellement chirurgical. La difficulté pour le clinicien est de choisir l'heure de l'opération, souvent l'urgence s'impose. Dans quelques cas où l'abcès est bien limité, dans les formes aiguës, il y aura quelquefois intérêt à la refroidir avant d'opérer.

F) Avec les progrès accomplis par les techniques opératoire, radiologique, hématologique et sérologique, le taux de la mortalité a baissé considérablement ces dernières années et doit baisser encore.

Vu : Le Président de Thèse,
CUNÉO.

Vu : Le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ARMENGAU. — De l'appendicite sénile. *Thèse Toulouse* 1906.
- AUBRY. — *Thèse Paris*, 1906.
- AZY. — *Thèse Lyon* 1901.
- BANZET. — Appendicite à forme tumorale. *Bulletin et Mémoire de la Société nationale de Chirurgie*, Tome LIX, 4 janvier 1933.
- BARTHÉLEMY. — *Revue médicale de l'est*. Août 1905.
- BEAUSSENAT. — Appendicite expérimentale. *Revue de Gynécologie*, 1897, p. 283.
- BERA. — *Thèse Paris* 1899.
- BÉRARD et VIGNARD. — De l'appendicite, 1914.
- BOVIS (de). — De l'appendicite chez les gens âgés. *Semaine médicale*, 21 mai 1905, p. 241.
- BRUYÈRE. — *Thèse Lyon*, 1931.
- CADENAT. — Observation de Lombard. *Société de Chirurgie*, 26 fév. 1925.
- CULLEN. — Fibrolipoma closely simultaning in form and location tumor of night Kydney subacate appendicites. *Surg. Gynec. Obst.* Août 1927, p. 152-155.
- DELAGIENÈRE. — De l'appendicite aiguë et subaiguë du vieillard. *Société de Médecine du Mans*, 10 février 1907, N° 4, p. 109.
- DELAUNAY. — A propos de l'appendicite à forme néoplasique. *Echo médical du Nord*, 15 sept. 1935.
- DELBET. — Lésion cœcale ou cœco-appendiculaire peut-être néoplasique, plus probablement tuberculeuse. *Journal des Praticiens*, Août 1928, p. 501.
- DIEULAFOY. — *Clinique de l'hôtel-Dieu*, IV, p. 318.
- DREYFUSS. — *Thèse Lyon*, 1902.
- DRIESSENS et MALATRAY. — Deux cas d'appendicite pseudo-néoplasique. *J. médical de Paris*, N° 40, 3 octobre 1935.

- DUBOIS-ROQUEBERT. — Appendicite aiguë à forme pseudo-tumorale chez un enfant. *Maroc médical*, N° 170, 15 août 1936, p. 486.
- DZIALOSZYNSKI. — Appendicitis chronica (appendicitis fibroplastica. *Zentrabl. F. Chir.* 55, 2.568-2.570, 13 oct. 1928.
- EINHORN. — *Münchener Med. Woch.* 1891, p. 121.
- FABRE. — Appendicite à forme néoplasique. *Thèse Paris* 1897-1898.
- GANGINATO. — *Riforma medica* 1909, p. 961 et 992. Tumeurs inflammatoires pseudo-néoplasiques d'origine appendiculaire.
- GAND. — Appendicite chez les sujets âgés. *Thèse Lyon* 1906.
- CHANTUS. — Clinical study of tumor form appendicitis in patients of advanced age. Beyrouth, 1928.
- GOUZI et BERGES. — Appendicite à forme tumorale. *Société de médecine et de chirurgie de Toulouse*, séance du 16 février 1933 dans *Toulouse médical* N° 17, 1^{er} Sept. 1933.
- HALLOGEAU. — Appendicite chronique à forme néoplasique. *Soc. Chir.* 7 mai 1919.
- JURA. — Appendicite chronique fibroplastique à forme tumorale. *Zentralb. f. chir.*, N° 18, 4 mai 1935.
- KNEBGEN et LAMBORELLE. — Périappendicite dans un sac herniaire simulant une tumeur. *Bull. et Mém. Société nat. de chir.*, 8 juillet 1933, N° 24, T. LIX.
- LECÈNE et LERICHE. — *Traité de thérapeutique chirurgicale*, 1926.
- LE DENTU et DELBET. — Appendicite à forme tumorale. *Nouveau traité de chir. clinique et opératoire*. Bailliére, Paris 1910.
- LEGUEU. — De l'appendicite. Pathologie, clinique, traitement. Paris 1897.
- LEGUEU et BEAUSSENAT. — Appendicite à forme néoplasique. *Revue de Gynécologie* 1898, p. 301.
- LEHMANN. — App. in old age. *Wiener Klin Wockenschrift*, 4 de g. 27.

- LEWIS. — Etude clinique de l'appendicite aiguë du vieillard. *The British journal of surgery* (Bristol). Juillet 1931.
- LINDQUIST. — Ubergrosses adenosarcoma retroperitoneale das appendicitis vorgetauscht. *Zentrabl. f. chir.*, 54, 662, 12 mars 1927.
- MARCUCCI. — Un caso di appendicite che simula un neoplasma del ceco. *Riforma med.* 47 : 167-170, 2 fév. 1931.
- MARTEL (de) et ANTOINE (Edouard). — Appendicite chronique. *Paris S. E. P.* 1933.
- MAYER. — Dopyselerkraukung bei appendicitis (sekundare appendicitis. *Zentrabl. f. chir.* 59 : 597-599, 5 mars 1932.
- MELEKIAN. — Appendicite à forme néoplasique. *Thèse Paris* 1901.
- MERIEL. — Phlegmon ligneux de l'appendice. *Revue gynécologique*, AO 1907, p. 329.
- MIGINIAC. — Une forme anormale de l'appendicite suppurée : la tumeur du cæcum. *Prat. med. franç.* 13 : 154-161, feb. B. 1932.
- MOIROUD, HAIMOVICI et LIOTIER. — Appendicite à forme tumorale. Essai de diagnostic différentiel avec l'appendicite compliquée de plastron. Séance de 16-III-36 in *Bullet. et Mém. de la Société de Chirurgie de Marseille*.
- MOIROUD et SAUVET. — Appendicite subaiguë à forme tumorale. *Sté de Chirurgie de Marseille*, séance de Mars 1933.
- OUDARD. — Forme ambulatoire de l'append. sénile. *Presse médicale*, 4 juin 1930.
- PICQUÉ et MACÉ. — Contribution à l'étude anatomo-pathologique et clinique de l'append. *Revue Gynec.* 1898.
- PITANGA SANTOS. — Sindromes appendiculares de origen rectal. *Boll. coll. brasil. de cirurgias* 5 : 19-24, april mai 1934.
- PRUVOST. — *Thèse Lyon* 1932-1933.
- RANURI. — Sindrome rare di parasitori intestinale, teniasi a sindrome appendicolare e pseudoneoplastica. *Riforma med.* 45 : 255-256, 23 fév. 1929.
- RICHARD. — *Thèse Paris*, 1903.
- SAUVE. — Les fausses tumeurs de la région cæco-appendiculaire et leur diagnostic. *Soc. Chir.*, 27 mai 1925.

- SCHWARTZ. — Appendicite à forme néoplasique. *Paris médical* N° 4, 26 janvier 1929, p. 98.
- SILBERBERG. — En capsulated abcess of appendix mistaken for tumor. *Sentrabl. f. Chir.*, 13 nov. 1926.
- SPRENGEL. — *Frühopération arch. fr. Klin. Chir.* 1906.
- STRAATEN. — Appendicites et tumeurs inflammatoires non spécifiques de la région iléo-cæcale. *Deuts. Zeits f. chir.* 22-1-35.
- TIXIER et FAISANT. — *Lyon Médical* 1905, p. 805.
- TRUCHETET et MAZINGARBE. — Appendicite à forme tumorale. *La bourgogen médicale*, N° 3, Mars 1936, See du 13-III-36.
- VERGOZ, GARNIER et COHEN SOLAL. — De l'appendicite pseudo néoplasique. *Gaz. méd. de France* : 15 mai 1938.
- VERNEJOUL (de). — Appendicite à forme néoplasique chez un homme âgé. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Marseille*, T. VIII, N° 1, Janvier 1934.
- VON BERGMANN. — Tumorbildung bei appendizitis und ihre radikale Behandlung. *Ste Pétersb. Med. Wah.* 1911, XXXVI, 512-523.
- WITTE (de). — Appendicite à forme tumorale prise pour un kyste de l'ovaire. *Journal belge de gastro-entérologie*, N° 10, Déc. 1934.
- YASNOKA. — Ueber einen Fall von appendicitis fibroplastica. *Nagasaki Igakwai Zassi*, 15 : 2.260, 25 août 1937.